

Atenção

O recebimento destas condições e de outros materiais referentes a este seguro, bem como o preenchimento da Proposta de Contratação ou de Adesão, não configura aceitação pela Seguradora.

Leia atentamente as condições antes de assinar a proposta.

CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE DO SEGURO COLETIVO UNIMED PRESTAMISTA – Versão 04/2015

Contratação Coletiva

Registro SUSEP Nº 15414.001258/98-15

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este seguro objetiva garantir o pagamento ao Estipulante, credor do Segurado, de uma importância limitada ao valor do capital segurado contratado e ao saldo devedor apurado no momento do sinistro, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas contratadas pelo Estipulante, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**

1.2. Este Seguro poderá ser contratado para garantir o pagamento de dívida decorrente de empréstimo (capital fixo e capital decrescente), cheque especial (capital fixo ou saldo médio), cartão de crédito (capital fixo) e consórcio (capital fixo e capital decrescente), até o limite do Capital Segurado contratado.

2. DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico;

a) incluem-se nesse conceito:

- o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

- os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.
- **as lesões acidentais decorrentes de:**
 - a) **ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes**, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
 - b) **atentados e agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;**
 - c) **choque elétrico e raio;**
 - d) **contato com substâncias ácidas ou corrosivas;**
 - e) **tentativa de salvamento de pessoas ou bens;**
 - f) **infecções e estados septicêmicos, quando resultante exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;**
 - g) **queda n'água ou afogamento.**

b) não se incluem nesse conceito:

- **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente**, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal;**

Agravação de Risco: circunstância que aumenta a possibilidade de ocorrência dos riscos previstos no contrato, seja por ato de terceiros ou do próprio segurado;

Apólice é o documento escrito, emitido pela Seguradora, que instrumentaliza o contrato de seguro celebrado, e que é integrado por estas Condições Gerais. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro e é entregue ao Estipulante;

Beneficiário é a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos Capitais Segurados na hipótese de ocorrência de sinistro decorrente de evento coberto, observados os seguintes critérios:

Primeiro Beneficiário: é o Estipulante do Seguro, o qual receberá a indenização até o valor do saldo devedor da dívida do Segurado para com ele, limitado ao Capital Segurado contratado.

Segundo Beneficiário: será (ão) a(s) pessoa(s) designada(s) pelo Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta, ou o próprio Segurado, no caso da cobertura de invalidez permanente total por acidente, os quais receberão, quando houver, capital segurado remanescente, após o pagamento da indenização ao primeiro beneficiário.

Capital Segurado é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para cada cobertura deste seguro, estabelecida na Proposta de Contratação e ou na Proposta de Adesão. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado;

Carência é o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais;

Certificado Individual do Seguro é o documento emitido pela Seguradora e destinado ao Segurado para comprovar a sua inclusão no seguro e que contém a especificação das coberturas contratadas e dos limites máximos dos respectivos capitais.

Condições Contratuais é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, da apólice, e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

Condições Gerais é o conjunto de cláusulas que regem este seguro, estabelecendo suas características gerais e os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, dos Segurados e dos Beneficiários;

Contrato é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações entre as partes;

Corretor de Seguros é o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros;

Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro e que sejam de seu conhecimento, não declaradas na Proposta de Adesão;

Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata o seguro em proveito de grupo que a ela se vincule e fica investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas.

Evento Coberto é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas condições contratuais do seguro;

Grupo Segurado é aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais;

Grupo Segurável é aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantém vínculo, representado por uma operação econômica, com o Estipulante;

Indenização é o valor a ser pago pela Seguradora caso ocorra o sinistro durante a vigência do seguro. O valor da indenização será sempre limitado ao valor do Capital Segurado;

Nota Técnica Atuarial é documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do Seguro a que se referem estas Condições Gerais;

Prêmio é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas;

Proponente de Proposta de Adesão: pessoa física que propõe sua adesão à contratação coletiva;

Proponente de Proposta de Contratação: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de apólice coletiva em proveito de grupo a ela vinculado;

Proposta de Adesão é o documento pelo qual a pessoa física vinculada ao estipulante expressa sua intenção de aderir à contratação coletiva e pelo qual manifesta seu prévio conhecimento das Condições Contratuais;

Proposta de Contratação é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das Condições Gerais;

Regime Financeiro de Repartição Simples é aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período;

Riscos Excluídos são riscos não cobertos por este seguro, previstos como tais nestas Condições Gerais;

Segurado é a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante em razão de uma operação econômica, e que foi regularmente aceita e incluída no seguro;

Seguradora é a UNIMED SEGURADORA S/A, Sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, registrada na SUSEP sob o número 694-7, que assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela apólice, mediante recebimento do respectivo prêmio;

Sinistro é a ocorrência de um evento previsto nas coberturas contratadas, desde que estas estejam em vigor.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. Este seguro garante o pagamento do capital segurado contratado, caso venha ocorrer:

a) Morte: Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, seja natural ou acidental, devidamente coberta pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais disposições contratuais e a legislação aplicável;**

b) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), assim compreendida a perda ou impotência funcional definitiva e total do(s) membro(s) ou órgão(s) relacionado(s) no item 3.2 abaixo, causada por acidente pessoal coberto, e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**

3.1.1. Tais coberturas não poderão ser contratadas isoladamente.

3.1.2. Caso seja admitida, em caráter excepcional, a inclusão de menores de 14 anos, a Importância Segurada será destinada exclusivamente à cobertura de reembolso das despesas com o funeral dos mesmos, e será paga mediante apresentação das respectivas Notas Fiscais, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

3.2. Para efeito deste Seguro, entende-se como “Invalidez Permanente Total por Acidente” as lesões que resultem em:

- Perda total da visão de ambos os olhos;
- Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- Perda total do uso de ambas as mãos;
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés;
- Perda total do uso de ambos os pés;
- Alienação mental total e incurável;
- Nefrectomia bilateral.

3.2.1. Em caso de membros ou órgãos que sejam anatomicamente bilaterais, a invalidez permanente só será considerada como total quando houver comprometimento bilateral.

3.2.2. Quando do mesmo acidente resultar invalidez total e permanente de mais de um membro ou órgão, a indenização não excederá o valor total do capital segurado.

3.2.3. A perda ou o agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já comprometido e/ou lesionado antes do acidente não dá direito a indenização, salvo

quando previamente declarado pelo Segurado, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.

3.2.4. A Invalidez Permanente Total por Acidente deverá ser comprovada mediante a apresentação, à Seguradora, de declaração médica apta a essa finalidade, juntamente com os demais documentos elencados no item 16.4 destas Condições Gerais.

3.2.5. É facultado a Seguradora submeter o Segurado a exame(s) para apurar a configuração da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sendo que a recusa, pelo Segurado, ensejará a perda do direito à indenização.

3.2.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, NÃO caracteriza o estado de invalidez permanente previsto nesta Cobertura.

3.2.7. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica, conforme disposto no item 22 destas Condições Gerais.

3.3. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumula com a cobertura de morte. Com o pagamento da indenização por invalidez, o Segurado será automaticamente excluído da apólice, não tendo mais nada a reclamar em relação a este seguro, mesmo que venha a morrer em decorrência do mesmo acidente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão EXCLUÍDOS de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como da contaminação radioativa, ou da exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;**
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos humanitários em auxílio de outrem;**
- c) doenças, acidentes ou lesões preexistentes ao início da respectiva cobertura individual, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;**

- d) **suicídio e suas tentativas, ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso, conforme legislação em vigor;**
- e) **tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- f) **prática, por parte do Segurado, dos beneficiários ou pelo representante legal de um e de outro, de danos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave, equiparável ao dolo;**
 - f.1) **nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes;**
- g) **atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;**
- h) **ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;**
- i) **agravação intencional do risco por parte do Segurado e**
- j) **epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento em caráter coletivo.**

4.2. Além dos riscos mencionados no item 4.1 acima, estão também expressamente EXCLUÍDOS da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente os eventos decorrentes de:

- a) ***doenças, inclusive as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, exceto as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;***
- b) ***intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, exceto se decorrentes de acidente coberto;***
- c) ***qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se diretamente decorrente de acidente pessoal;***
- d) ***parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;***
- e) ***perturbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações causadas pela ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médicos, em decorrência de acidente pessoal coberto;***
- f) ***choque anafilático e suas consequências, salvo se o tratamento médico ocorra em virtude de acidente pessoal coberto;***
- g) ***envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias entorpecentes ou tóxicas, exceto os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;***

- h) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- i) acidentes ocorridos em consequência de viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade, em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transportes ou de condução de autoridades ou de passageiros, em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados, em aeronaves não homologadas, experimentais, excetuando-se os casos de utilização de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- j) todo e qualquer dano estético, ainda que decorrente de acidente coberto;**
- k) perda de dentes, ainda que decorrente de acidente coberto e**
- l) eventos excluídos do conceito de Acidente Pessoal constante do item 2 destas Condições Gerais.**

5. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

5.1. Esta Cobertura abrange os eventos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

6. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO

As Condições Gerais e as Condições Especiais deste seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Segurados quando da apresentação das Propostas de Contratação e de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou o corretor de seguros, assinar declaração de que tomou ciência de tais condições.

6.1. Aceitação da Proposta de Contratação

6.1.1. A celebração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante recebimento por parte da Seguradora da Proposta de Contratação assinada pelo proponente (Estipulante) ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, pelo corretor do seguro.

6.1.1.1. A recepção da proposta se dará mediante protocolo fornecido pela Seguradora, com indicação da data e hora do seu recebimento.

6.1.1.2. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la.

6.1.2. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise da Proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento, pela Seguradora, das informações adicionais. A solicitação de informações adicionais ou de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 6.1.1.2.

6.1.3. Decorrido o prazo acima estipulado sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a Proposta será considerada como automaticamente aceita.

6.1.3.1. Aceita a proposta pela Seguradora, a apólice será emitida e enviada ao Estipulante.

6.1.4. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, será comunicada formalmente, por escrito, ao Estipulante, justificando a recusa, e o respectivo prêmio eventualmente pago será devolvido, no prazo de 10 (dez) dias corridos computados a partir da formalização da recusa, integralmente, ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo IPC-A/IBGE.

6.1.5. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da Proposta, devendo-se observar o disposto no item 6.1.1.2 destas Condições Gerais.

6.2. Aceitação da Proposta de Adesão e inclusão

6.2.1. A inclusão dos componentes do Grupo Segurável é feita por adesão a este seguro, mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, momento em que o proponente declarará conhecer prévia e integralmente as Condições Contratuais do Seguro.

6.2.1.1. A aceitação de inclusão do(s) Proponente(s) no seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

6.2.1.2. A recepção da proposta se dará mediante protocolo, fornecido pela Seguradora, com indicação da data e hora do seu recebimento.

6.2.2. Somente serão aceitos os componentes do Grupo Segurável que, no dia fixado para início da vigência individual, se encontrarem em:

- **boas condições de saúde e**
- **condições de exercer atividade laborativa.**

6.2.2.1. Os aposentados poderão participar do seguro, **desde que não tenham sido aposentados por invalidez e haja concordância do Estipulante.**

6.2.3. A Seguradora terá prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do proponente no seguro.

6.2.4. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento, pela Seguradora, das informações adicionais. A solicitação de informações adicionais ou de documentos complementares, para análise e aceitação do risco, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no item 6.2.3.

6.2.5. Decorrido o prazo acima estipulado sem que tenha havido manifestação da Seguradora, a Proposta será considerada como automaticamente aceita.

6.2.6. Aceita a Proposta de Adesão pela Seguradora, esta providenciará a emissão e o envio do Certificado Individual ao Segurado.

6.2.7. A não aceitação da Proposta de Adesão, por parte da Seguradora, será comunicada formalmente, por escrito, ao Proponente, justificando a recusa, e o respectivo prêmio eventualmente pago será devolvido, no prazo de 10 (dez) dias corridos computados a partir da formalização da recusa, integralmente, ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizados da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, pelo IPC-A/IBGE.

6.2.8. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da Proposta, devendo-se observar o disposto no item 6.2.3 destas Condições Gerais.

7. VIGÊNCIA DO SEGURO

7.1. Vigência da Apólice

7.1.1. O prazo de vigência da Apólice será de 01 (um) ano, quando outro prazo não for estabelecido no Contrato.

7.1.1.2. O início de vigência da Apólice se dará na data expressa na Proposta de Contratação e no Contrato, ou na data de recepção da Proposta, pela Seguradora, caso seja aceita, se esta for recebida com adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial do prêmio.

7.1.2. A Apólice poderá ser renovada, automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora manifestarem-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ao término de vigência.

7.1.2.1. A renovação automática prevista no item 7.1.2 só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

7.1.3. Para que haja, na renovação, alteração contratual que implique ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

7.1.4. O início e o término de vigência da Apólice, dos endossos e dos Certificados Individuais se darão às 24 (vinte e quatro) horas das datas neles expressas para tal fim.

7.1.5. No caso de consórcio, se ocorrer renegociação da operação financeira, a Seguradora deverá ser comunicada e estará sujeito à análise de aceitação pela Seguradora.

7.2. Vigência dos Seguros de Cada Segurado

7.2.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

7.2.2. A vigência individual do seguro, desde que aceita a Proposta de Adesão, terá início:

- na data constante da Apólice, para os proponentes que tiverem solicitado sua inclusão até essa data e tenham sido incluídos no grupo inicial;
- no 1º (primeiro) dia do mês de vigência da operação de crédito que permitiu a inclusão do segurado no seguro;
- em outra data, se definida no Contrato.

7.2.3. Se as Propostas de Adesão forem recepcionadas, pela Seguradora, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência será a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora, caso sejam aceitas.

7.2.4. O início e término de vigência do Certificado Individual se darão às 24 horas das datas neles expressas para tal fim.

8. CERTIFICADO INDIVIDUAL

8.1. No início de vigência da cobertura, bem como nas renovações do seguro, se houver, bem como por ocasião de qualquer alteração contratual que venha a ser feita pelas partes, a Seguradora emitirá um Certificado Individual para cada Segurado, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a) data da adesão do segurado ao seguro e data de final de vigência da apólice;
- b) Capitais Segurados das coberturas contratadas; e
- c) valor do prêmio total.

8.2. Quando houver carência estabelecida para as coberturas contratadas, ela também será indicada no Certificado Individual.

8.3. A Seguradora encaminhará os Certificados Individuais ao Estipulante, que será responsável por seu envio ao Segurado.

9. CARÊNCIA E FRANQUIA

9.1. A Seguradora poderá adotar carência para a cobertura de Morte Natural, cujo prazo máximo será de 6 (seis) meses a contar da adesão do Segurado ao Seguro, não podendo exceder metade do período de vigência da apólice, e constará na Proposta de Adesão, na Apólice, no Contrato e no Certificado Individual do Segurado.

9.2. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente, **exceto para a hipótese de suicídio e sua tentativa ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de adesão do Segurado ao Seguro.**

9.3. O presente seguro não prevê a adoção de franquia.

10. CUSTEIO DO SEGURO

10.1. Para fins deste Seguro e de acordo com o Contrato, o custeio pode ser:

- **não contributivo:** em que os Segurados não pagam prêmio; ou
- **contributivo:** em que os Segurados pagam prêmio, total ou parcialmente.

10.2. A forma de custeio constará da Proposta de Contratação, da Proposta de Adesão, da Apólice e do Contrato.

11. COBRANÇA E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

11.1. É da responsabilidade do Estipulante a quitação, nos prazos contratuais, das respectivas faturas emitidas pela Seguradora.

11.1.1. A periodicidade de pagamento dos prêmios será mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, conforme disposto nas Condições Contratuais, não havendo parcelamento ou fracionamento de prêmios.

11.1.2. Os prêmios emitidos possuem vigência de acordo com a periodicidade do pagamento escolhido.

11.1.3. Somente os prêmios do período já decorrido serão cobrados ou abatidos da indenização, sendo indevido qualquer prêmio relativo ao período restante de vigência da apólice.

11.2. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora e a ela devido; caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança do prêmio o valor do prêmio de cada Segurado.

11.3. É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

11.4. Quando a data limite para pagamento do prêmio recair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente.

11.5. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, pelo Estipulante, nos prazos estabelecidos contratualmente, acarretará o cancelamento do seguro, conforme disposto no item 12, destas Condições, sem prejuízo das sanções legais aplicáveis ao Estipulante.

12. ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

12.1. A falta de pagamento do prêmio, seja o seguro contributário ou não, até o vencimento, não acarretará a suspensão automática das coberturas, que continuarão vigentes durante o período de mora, respeitado o prazo previsto no item 12.1.1.

12.1.1. O Estipulante, em atraso no pagamento do prêmio, será notificado para pagamento do valor corrigido monetariamente pelo IPC-A/IBGE e acrescido de juros de 0,5% (meio por cento) ao mês, bem como da multa de 2% (dois por cento), tendo para tanto o prazo constante do novo documento de cobrança, que não será inferior a 10 (dez) dias contados da notificação.

12.2. O não pagamento dentro do prazo constante do novo documento de cobrança acarretará o cancelamento automático do Seguro, não sendo permitida a reabilitação das coberturas, sem prejuízo da cobrança, pela Seguradora, dos prêmios não pagos. Nos Seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos previstos no item 12.1.1, sujeitará o Estipulante, ainda, às cominações legais.

12.3. Os sinistros ocorridos durante o período de mora, até a data concedida para pagamento do prêmio em atraso, serão indenizados, mediante o pagamento do(s) prêmio(s) em aberto ou seu abatimento da indenização a ser paga, conforme o caso, com os encargos previstos no item 12.1.1.

13. CAPITAL SEGURADO

13.1. Os capitais segurados serão, conforme definido na Proposta de Contratação e no contrato, fixos ou decrescentes.

13.1.1. O capital segurado fixo permanecerá inalterado durante a vigência do seguro, limitado ao valor original da dívida contraída pelo Segurado junto ao Estipulante.

13.1.2. O capital segurado decrescente corresponderá, a cada período de tempo estipulado no Contrato, ao saldo devedor, consideradas as amortizações feitas pelo segurado.

13.2. Para efeitos de apuração do valor da indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do evento.

13.2.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação de sinistro, a data da morte ou, para invalidez, a data do acidente.

14. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

14.1. Os Capitais Segurados, cuja modalidade da operação seja de Capital Fixo, bem como os respectivos prêmios, serão atualizados anualmente, no aniversário da contratação, segundo a variação positiva do IPC-A/IBGE, apurada nos últimos 12 (doze) meses, imediatamente anteriores a 60 (sessenta) dias da data da atualização.

14.1.1. Na hipótese de pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, o Capital Segurado fixo será atualizado pelo IPC-A/IBGE, desde a data do último pagamento do prêmio até a data da ocorrência do evento gerador, considerando-se o índice imediatamente anterior.

14.1.2. Na falta ou extinção do índice IPC-A/IBGE, será considerado como índice substituto o IGPM-FGV.

14.2. Os Capitais Segurados, cuja modalidade da operação seja de Capital Decrescente, serão recalculados de acordo com os respectivos saldos devedores, não sendo aplicável, portanto, a atualização monetária de que trata o item 14.1 acima. Os prêmios serão recalculados com a mesma periodicidade e na mesma proporção que houver alteração do Capital Segurado Decrescente.

14.3. Sendo este Seguro de vigência anual, a data da atualização, tanto dos Capitais Segurados, quanto dos prêmios, coincidirá com a data da renovação do seguro, se houver renovação e se for aplicável a atualização, consoante disposto no item 14.1 acima.

15. OCORRÊNCIA DO EVENTO

15.1. Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo Seguro, **deverá ser ele comunicado formalmente à Seguradora, pelo Corretor, pelo Estipulante, pelo Segurado, ou por seus beneficiários, logo que o saibam, devendo constar da comunicação a data, hora, local e causa do evento, observado o disposto no item 16 destas Condições Gerais.**

16. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

16.1. Observado o disposto no item 15 destas Condições Gerais, para o recebimento da indenização, **deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.**

16.2. **As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos necessários à liquidação dos sinistros correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**

16.2.1. Eventuais despesas com tradução necessárias à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.

16.3. O Segurado acidentado **deverá recorrer imediatamente, à sua custa, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para sua cura completa.**

16.4. Quando houver mais de um Segurado na mesma operação financeira, a indenização corresponderá ao percentual de participação daquele que sofrer o sinistro.

16.5. **O pagamento de qualquer capital segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado, de uma única vez, em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos abaixo relacionados, observado o item 16.8 e seguinte, destas Condições Gerais:**

- Aviso de Sinistro, contendo Declaração do Médico Assistente, indicando a data e a causa do evento, com firma reconhecida e, quando for o caso, com a assinatura do segurado;
- Cópia do contrato assinado pelo Segurado com o Estipulante e que deu origem ao seguro;
- Cópia da Ficha Gráfica, em que conste o saldo até a data do evento (Empréstimo);
- Cópia do Extrato de conta corrente, em que conste o saldo da data do evento (Cheque Especial);
- Cópia do contrato atual (empréstimo ou cheque especial);
- Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência do Segurado sinistrado;

- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia do laudo do I.M.L. (em caso de morte acidental);
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (se realizado);
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
- Cópia do “BO - Boletim de Ocorrência Policial” (em caso de morte acidental);
- Cópia do comprovante do saldo devedor do cartão de crédito do Segurado emitido pelo Estipulante (atualizado até a data do Óbito);
- Cópia do contrato do cartão de crédito assinado pelo segurado com o estipulante e que deu origem ao seguro;
- Cópia da Proposta de Adesão ao Consórcio; (em caso de consórcio);
- Documento do Estipulante informando o valor do bem e o saldo devedor do Segurado na data do evento. (em caso de consórcio).

Documentação para habilitação dos DEMAIS beneficiários, se for o caso:

- Documento de Identidade, CPF/MF e comprovante de residência (de cada um), **mais:**
- Cônjuge: Certidão de casamento, atualizada e emitida após a data do óbito;
- Companheira (o): prova de “união estável”;

No caso de beneficiários menores ou incapazes:

- menores sujeitos ao **poder familiar**: cópia da certidão de nascimento do menor e documentos de identificação de ambos os pais (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência);
- menores sujeitos à **tutela**: cópia da certidão de nascimento do menor e termo de tutela e documentos de identificação do tutor (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência);
- maiores sujeitos à **curatela**: cópia da certidão de nascimento do maior e termo de curatela e documentos de identificação do curador (documento de identidade, CPF/MF e comprovante de residência).

16.6. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

16.7. Independentemente dos documentos acima, a Seguradora poderá, **examinado caso a caso, consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação, para apurar a ocorrência ou não do evento.**

16.8. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

16.8.1. Caso a Seguradora exija a apresentação de outros documentos, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 16.4 será suspenso, voltando a correr a partir do dia subsequente à data do recebimento, pela Seguradora, da documentação complementar.

16.9. Nos casos de pagamento de prêmio sobre **Capital Decrescente e de Saldo Médio**, a Seguradora pagará ao Estipulante (primeiro beneficiário) o valor do capital segurado apurado na data do evento. No caso de prêmio pago sobre **Capital Fixo**, será pago o saldo devedor apurado na data do evento, ao Estipulante, e a diferença positiva entre o Capital Segurado e o saldo devedor pago, se houver, será paga ao Segurado ou ao segundo Beneficiário, conforme o caso, **mediante a apresentação dos documentos previstos no item 16.5 destas Condições Gerais.**

16.10. Caso seja ultrapassado o prazo no item 16.5, a Seguradora pagará o valor da indenização devido acrescido de:

- juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, contados a partir do término do prazo previsto no item 16.5 destas Condições Gerais;
- atualização monetária pela variação positiva do IPC-A/IBGE, aplicada a partir da data do evento coberto, variação esta apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data da sua efetiva liquidação; e
- multa de 2%.

16.10.1. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

17. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

17.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, ficando o Estipulante e/ou o Segurado obrigados ao pagamento do prêmio vencido, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado, do seu Corretor, dos seus representantes legais ou dos seus beneficiários:

- a) inobservância da lei e das obrigações convencionadas neste Seguro;
- b) dolo, fraude ou tentativa de fraude, simulação, ou culpa grave, ou falta ao dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro, para obter ou majorar a indenização ou, ainda, se o Segurado ou beneficiário tentarem obter vantagem indevida com o sinistro;
- c) inobservância do artigo 768 do Código Civil, o qual dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;
- d) não fornecimento da documentação solicitada.

17.1.1. Perderá, também, o direito à indenização, se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames, diligências ou perícias necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.

17.2. O segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que o silenciou de má-fé.

17.2.1. A seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento da comunicação de agravação do risco, manifestar ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

17.2.2. O cancelamento do seguro referido no item 17.2.1 se dará 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora ao Segurado, devendo, ser restituída, se houver, a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

17.3. Além dos casos previstos em lei, a Seguradora ficará isenta de qualquer obrigação decorrente deste contrato se o Segurado, seu representante legal ou seu corretor de seguros, fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio.

17.3.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultarem de má-fé, a Seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

18. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

18.1. O primeiro beneficiário do seguro, para todas as coberturas, será sempre o Estipulante, credor do Segurado, até o limite da dívida, conforme condições do seguro.

18.1.1. O Segurado não poderá retirar o Estipulante da condição de primeiro beneficiário, na forma do artigo 791 do Código Civil.

18.2. Após a quitação do saldo devedor junto ao Estipulante, se houver saldo remanescente do Capital Segurado Fixo, este será pago aos beneficiários indicados pelo Segurado ou ao próprio Segurado, no caso da cobertura de Invalidez Permanente e Total por Acidente.

18.3. No caso do Capital Segurado fixo, o Segurado poderá livremente e a qualquer tempo indicar, por escrito, para o recebimento de eventual saldo remanescente da cobertura de Morte, o(s) Beneficiário(s) que desejar, podendo ainda incluir outros ou substituir as indicações anteriores, ressalvadas as restrições legais.

18.3.1. É válida a instituição de companheiro(a) como Beneficiário(a) do saldo remanescente se, ao tempo do contrato o Segurado era solteiro, separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato (artigo 793 do Código Civil Brasileiro).

18.3.2. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários feita pelo Segurado, **desde que comprovadamente entregue à Seguradora antes do pagamento do Capital Segurado a quem de direito. Será válido o pagamento feito pela Seguradora se realizado antes de receber a comunicação da alteração de beneficiário.**

18.3.3. Não havendo expressa indicação de Segundo beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, o Capital Segurado será pago de acordo com o que estabelece o artigo 792 do Código Civil brasileiro.

19. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

19.1. A cobertura de cada Segurado cessará:

- a) com o cancelamento ou com o final de vigência sem renovação da apólice que instrumentaliza o contrato celebrado entre Estipulante e Seguradora, respeitado o período correspondente ao prêmio pago;**
- b) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;**
- c) quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo;**
- d) quando o Segurado deixar de contribuir com sua parte do prêmio, observado o disposto no item 12 destas Condições Gerais;**
- e) com o falecimento do Segurado ou com o recebimento do Capital Segurado em caso de caracterização de Invalidez Permanente Total por Acidente;**
- f) imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item 20 destas Condições Gerais;**
- g) no término do prazo do Grupo do Consórcio;**
- h) em caso de exclusão do Segurado do Grupo de Consórcio;**

- i) em caso de dissolução do Grupo de Consórcio;**
- j) em caso de cessão do Contrato de Adesão ao Consórcio;**
- k) com a quitação total do saldo devedor do consorciado; e**
- l) com esgotamento dos limites máximos de indenização.**

19.1.2. Em caso de pagamento de prêmio após a cessação da cobertura, a Seguradora procederá à devolução dos respectivos valores atualizados pela variação positiva do IPC-A/IBGE, acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento), ao mês, computados da data do pagamento até a data da efetiva restituição.

20. CANCELAMENTO DO SEGURO

20.1. A Apólice poderá ser cancelada, pela Seguradora, durante a vigência, nas seguintes hipóteses:

- a) por falta de pagamento de qualquer fatura do prêmio, observado o disposto no item 12 destas Condições Gerais;**
- b) se houver dolo, culpa grave, prática ou tentativa de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;**
- c) se o Estipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessários para resguardar os direitos da Seguradora;**
- d) quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora;**
- e) por mútuo acordo entre Seguradora e Estipulante, desde que com a anuência de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.**

e.1) Desde que aceite pela Seguradora, para que o pedido de cancelamento, por parte do Estipulante, seja efetivado dentro do mês de competência da respectiva solicitação, deverá o Estipulante protocolá-lo, junto à Seguradora, contendo a anuência de 3/4 do Grupo Segurado, antes dos 20 dias (corridos) que antecedem o vencimento da próxima fatura dos prêmios. Caso o requerimento seja apresentado após tal prazo, o cancelamento será efetivado somente no mês subsequente ao da solicitação, devendo o Estipulante efetivar o pagamento da fatura do mês competente.

20.2. O Seguro individual também será cancelado:

- a) automaticamente, se o Segurado, seus representantes, dependentes ou beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro;**
- b) automaticamente, pela inobservância das obrigações convencionadas nas condições contratuais, por parte do Segurado, seus beneficiários ou representantes legais;**
- c) por mútuo e expresse consenso entre o Segurado e a Seguradora e**

d) automaticamente, se o Segurado impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora.

20.3. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

20.4. A apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

21. INFORMAÇÕES CONFIDENCIAIS

21.1. O Segurado autoriza expressamente a Seguradora a obter, a qualquer tempo, por intermédio de seu Departamento Médico, informações e documentação acerca do evento ou do atendimento a ele prestado, mesmo que ocorrido anteriormente à contratação do Seguro.

21.1.1. Para que a Seguradora obtenha as informações e documentação necessárias à elucidação de qualquer assunto que se relacione com o presente Seguro, inclusive dados sobre a evolução de qualquer lesão ou patologia, o Segurado dispensa médicos, clínicas e hospitais de qualquer dever de sigilo profissional.

22. DIVERGÊNCIAS DE NATUREZA MÉDICA

22.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

22.1.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

22.1.2. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e no Contrato, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;

- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, todas e quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h) comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) dar ciência aos Segurados de todos os termos destas Condições Gerais, enviando-lhes cópia integral;
- k) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- l) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- m) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

24. PROPAGANDA E DIVULGAÇÃO

24.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante, dependerão de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente estas Condições Gerais, a Apólice e o Contrato, bem como a Nota Técnica Atuarial submetida à SUSEP e as normas deste seguro.

25. ALTERAÇÕES DO CONTRATO

25.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre Seguradora e Estipulante. Nenhuma alteração será válida se não for feita por escrito.

25.2. À proposta de alteração aplicam-se os mesmos procedimentos, regras e prazos fixados para a aceitação da Proposta de Contratação.

25.3. Qualquer modificação na Apólice vigente ou na renovação que implicar em ônus ou dever adicional para os Segurados, ou a redução dos seus direitos, bem como a alteração das taxas de seguro, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

25.4. Qualquer alteração nas Condições Contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância prévia e expressa do Estipulante e da Seguradora, ratificada pelo correspondente endosso.

26. PRAZOS PRESCRICIONAIS

26.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

27. DISPOSIÇÕES GERAIS

27.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

27.2. O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte dessa autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

27.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

27.4. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo ao final da vigência, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos das Condições Contratuais.

27.5. Este seguro é estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, método através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados nesse mesmo período, não havendo reserva técnica individualizada e inexistindo a possibilidade de devolução ou resgate de qualquer valor ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, a este título, caso haja ocorrência de sinistro em período de carência, inclusive em caso de suicídio do Segurado, ou sua tentativa, ocorridos nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro, contados da data de adesão do segurado ao seguro.

28. FORO

28.1. Fica estabelecido o foro do domicílio do Segurado ou do(s) beneficiário(s), conforme o caso, para quaisquer ações ou procedimentos judiciais decorrentes deste contrato.

28.1.1. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item 28.1.

Conheça os canais de comunicação que a Seguros Unimed oferece a você:

• CENTRAL DE RELACIONAMENTO

Atendimento para solucionar dúvidas sobre os produtos, solicitar 2ª via de boleto e extrato e fazer alterações cadastrais. Entre outros.

Atendimento Nacional: 0800 016 6633

Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 770 3611

e-mail: atendimentoprodutos@segurosunimed.com.br

• ÁREA DE RELACIONAMENTO E RELAÇÕES EMPRESARIAIS

Exclusivo para atender às necessidades dos clientes pessoa jurídica.

e-mail: relacionamento@segurosunimed.com.br

• FALE CONOSCO

Atendimento 24 hs por meio do site para esclarecer dúvidas e reclamações.

www.segurosunimed.com.br

• OUVIDORIA

A Seguros Unimed, sempre preocupada em garantir a satisfação de seus clientes, instituiu a Ouvidoria, que tem como principal função estreitar o relacionamento com os clientes, mediante a defesa dos seus direitos, esclarecendo-os dos seus direitos e deveres, com o propósito de prevenir e solucionar conflitos.

É um canal de acesso e comunicação diferenciado, em função das suas características de autonomia, independência e imparcialidade.

Ela não substitui e nem invalida a atuação dos canais de atendimento hoje existentes na Companhia, mas está sempre pronta a atendê-lo caso não tenha obtido sucesso em seu pedido e/ou reclamação junto aos outros canais como: Fale Conosco, Central de Relacionamento e outras áreas competentes.

Por meio da Ouvidoria, os clientes podem apresentar suas solicitações que são: as manifestações, reclamações, consultas, comentários, críticas, sugestões e elogios.

✓ Quem pode recorrer à Ouvidoria da Seguros Unimed:

Todos os segurados (Pessoas Físicas e Jurídicas), seu representante legal, procurador, beneficiários, corretores (atuando em nome dos segurados), que tenham esgotado as tentativas de solução do problema junto aos demais canais de comunicação da empresa, e que não concordem com a decisão adotada pela área responsável e/ou não obtiveram sucesso em seus pleitos junto a Seguros Unimed, e ainda, que não tenham recorrido à esfera judicial.

✓ Como e onde recorrer:

As manifestações direcionadas à Ouvidoria Seguros Unimed, podem ser efetuadas preferencialmente por escrito, contendo, no mínimo:

- o nome do segurado, CPF ou CNPJ, ramo do seguro, número da apólice / proposta, número do sinistro (se houver), descrição detalhada do assunto, telefone, e-mail e endereço para contato.

✓ **As manifestações podem ser enviadas das seguintes formas:**

Pelo site: www.segurosunimed.com.br/ouvidoria/ e preencha o formulário.

Por e-mail: ouvidoria@segurosunimed.com.br

Por carta, diretamente à Ouvidoria da Seguros Unimed, endereçada à:

Seguros Unimed - Ouvidoria
Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346
Cerqueira César - São Paulo - SP
CEP:01410-901

Por telefone: 0800 001 2565, no horário das 9 às 18 horas em dias úteis.

Presencial, com atendimento no horário das 9 às 18 horas, em dias úteis, na sede da Seguros Unimed localizada na:

**Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346
Cerqueira César - São Paulo - SP
CEP:01410-901**