

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS COLETIVO – VIDA

1. DEFINIÇÕES.....	2
2. OBJETIVO DO SEGURO	7
3. COBERTURAS DO SEGURO	8
4. RISCOS EXCLUÍDOS	8
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	10
6. FRANQUIA.....	10
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO	10
8. VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL	12
9. VIGÊNCIA DA APÓLICE	13
10. RENOVAÇÃO DA APÓLICE	13
11. CAPITAL SEGURADO.....	14
12. ATUALIZAÇÃO DE VALORES	15
13. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS.....	15
14. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO.....	17
15. CANCELAMENTO DO RISCO INDIVIDUAL	18
16. CANCELAMENTO DA APÓLICE	19
17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	20
18. FORMA DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES	24
19. PERDA DE DIREITO	25
20. BENEFICIÁRIOS.....	27
21. SUB ROGAÇÃO	28
22. DO FORO	28
23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	28
24. ALTERAÇÕES.....	30
25. PRESCRIÇÃO	30
26. DISPOSIÇÕES GERAIS	31

1. DEFINIÇÕES

1.1. 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, observando-se que:

1.1.1. Incluem-se nesse conceito:

- a)** o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b)** os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c)** os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d)** acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e)** os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.1.2. Excluem-se desse conceito:

- a)** 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;
- b)** as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos quando não decorrentes de acidente coberto;
- c)** 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, Doenças Osteo-musculares Relacionadas 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

d) 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, definido no item 1.1. destas Condições Gerais.

1.2. Apólice – é o instrumento do contrato do seguro pelo qual a Seguradora assume a responsabilidade sobre os riscos estabelecidos nas condições gerais, especiais, cláusulas adicionais e suplementares do seguro e proposta de adesão.

1.3. Aviso de Sinistro – é a comunicação específica de um sinistro, que o Estipulante, Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à Seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do sinistro. Esta comunicação deverá ser feita imediatamente após a ocorrência do sinistro.

1.4. Beneficiário – É a pessoa física ou jurídica em favor da qual é devida a indenização em caso de sinistro. O beneficiário pode ser determinado, quando constituído nominalmente no Certificado Individual de Seguro, ou indeterminado, quando desconhecido na formação do contrato.

1.5. Capital Segurado – é a importância máxima estabelecida para cada cobertura contratada no seguro, a ser paga pela Seguradora ao segurado ou a seu(s) beneficiário (s) em caso de ocorrência de sinistro.

1.6. Carência – é o período durante o qual a Seguradora está isenta de qualquer responsabilidade indenizatória, independentemente do fato de os prêmios do seguro relativos ao período terem sido pagos em dia.

1.7. Certificado Individual de Seguro – é o documento destinado ao segurado, emitido pela Seguradora, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou das alterações solicitadas.

1.8. Coberturas - são as obrigações que a Seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, desde que previsto no contrato do seguro e constantes no Certificado Individual de Seguro.

1.9. Componentes Seguráveis – São seguráveis os componentes principais e dependentes que satisfaçam as condições de aceitação no seguro.

1.10. Componentes Principais – São componentes principais aqueles que mantêm vínculo com o Estipulante.

1.11. Componentes Dependentes – São componentes dependentes os cônjuges e os filhos, enteados e menores considerados dependentes do componente principal, de acordo com o Regulamento do Imposto sobre a Renda.

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

1.13. Condições Gerais – é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

1.14. Condições Especiais – é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

1.15. Contrato – é o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Sociedade Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

1.16. Declaração Pessoal de Saúde – é o documento no qual o Segurado declara informações sobre sua saúde e atividade profissional, que permitirão a Seguradora avaliar as condições de aceitação ou recusa do Seguro.

1.17. Doença Preexistente – São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado, anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na proposta de contratação ou de adesão ao seguro. Caracteriza-se, ainda, quando o Segurado omite tratamento realizado na contratação do plano de seguro.

1.18. Estipulante – é a pessoa jurídica legalmente constituída que contrata o seguro em benefício dos segurados, ficando investida dos poderes de representação do segurado perante a Seguradora.

1.19. Evento Coberto – é o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevisível, descrito nas coberturas do seguro, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas Condições Gerais e desde que ocorrido na vigência do seguro.

1.20. Franquia – termo utilizado para definir o valor calculado matematicamente e estabelecido no contrato de seguro, até o qual ele não se responsabiliza a indenizar o segurado em caso de sinistro.

1.21. Indenização – é a garantia do pagamento ao(s) beneficiário(s) ou ao próprio segurado quando da ocorrência do evento coberto previsto no contrato de seguro.

1.22. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – para fins de aplicação deste seguro, define-se como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente. A Invalidez Permanente Total ou

Parcial por Acidente só se caracteriza por meio de um laudo médico habilitado, desde que haja a conclusão de todo e qualquer tratamento visando à recuperação do segurado.

1.23. Médico Assistente/Habilitado – é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos como Médico Assistente/Habilitado o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora.**

1.24. Prêmio – é a importância paga pelo Estipulante ou pelo segurado à Seguradora, para a garantia do risco exposto, determinado no contrato do seguro.

1.25. Proponente – é a pessoa física que se propõe a contratar o seguro e que passará à condição de segurado somente após sua aceitação pela Seguradora e consequente emissão do Certificado Individual de seguro.

1.26. Primeiro Risco Absoluto - Forma de contratação de seguro através da qual a Seguradora responde pelos prejuízos indenizáveis, respeitando-se os respectivos Limites Máximo de Indenização, não sendo aplicável qualquer tipo de rateio no valor das indenizações devidas.

1.27. Proposta de Seguro/Adesão – documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

1.28. Risco – é o evento incerto ou de data incerta e que independente da vontade das partes contratantes e contra a qual é feito o seguro.

1.29. Segurado – é a pessoa física efetivamente aceita pela Seguradora e incluído no seguro, responsável pela pontualidade do pagamento dos prêmios e pela veracidade das informações fornecidas na Proposta de Seguro.

1.30. Seguradora – é a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no País, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, conforme as condições contratuais deste seguro.

1.31. Seguro – é o contrato pelo qual a Seguradora mediante a cobrança de prêmio se compromete a indenizar o segurado ou o beneficiário pela ocorrência do evento contratado na apólice. É constituído pela proposta de adesão, condições gerais e demais documentos necessários à operação do seguro.

1.32. Seguro Contributário – é aquele em que os segurados pagam o prêmio do seguro contratado total ou parcialmente à Seguradora.

1.33. Seguro não Contributário – é aquele em que os segurados não pagam o prêmio do seguro, sendo ele totalmente pago pelo Estipulante à Seguradora.

1.34. Sinistro – é a ocorrência de acontecimento futuro e incerto previsto no contrato de seguro e que, legalmente, obriga a Seguradora a indenizar o evento coberto pela apólice, ocorrido durante a vigência do seguro.

1.35. Sub Rogação – a Sub Rogação tem lugar no seguro quando, após o sinistro e paga a indenização pelo segurador, este substitui o segurado nos direitos e ações que o mesmo tem de demandar o terceiro responsável pelo sinistro.

1.36. Vigência – é o período de tempo fixado para validade do seguro.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. O presente seguro tem o objetivo de garantir o pagamento de uma indenização ao próprio segurado ou ao(s) seu(s) beneficiários, no caso de ocorrência de um dos eventos cobertos previstos nas coberturas constantes nas Condições Gerais e Especiais, desde que observadas as restrições legais e contratuais e as demais cláusulas, exceto se decorrentes de itens excluídos.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. As coberturas oferecidas por este seguro dividem-se em básica, adicionais e suplementares, sendo a básica de contratação obrigatória e as demais de contratação facultativa.

3.2. A(s) cobertura(s) oferecida(s) por este plano de seguro e contratada(s) pelo Estipulante encontra(m)-se disciplinada(s) na(s) Condições Especiais, que faz (em) parte integrante e complementar destas Condições Gerais.

3.3. Cobertura Básica:

- Morte

3.4. Coberturas Adicionais e Cláusulas Suplementares:

- Morte Acidental
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
- Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença
- Diária por Incapacidade Temporária por Doença
- Diária por Incapacidade Temporária por Acidente
- Diárias de Internação Hospitalar em Decorrência de Acidente Pessoal ou Doença
- Perda Involuntária de Emprego
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas
- Doenças Congênitas
- Rescisão Contratual
- Auxílio Funeral
- Auxílio Alimentação
- Assistência Funeral
- Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge (Morte, Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente)
- Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Filhos (Morte)
- Excedente Técnico

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Mitsui Sumitomo Seguros S.A.

Alameda Santos, 415 – 1º ao 5º andar – Cerqueira César – São Paulo/SP – Cep: 01419-913
Central de Atendimento: 0300 772 6744 SAC: 0800 773 6744 Ouvidoria: 0800 888 6744
Atendimento Especial para Deficientes Auditivos 0800 761 3004

4.1. Estão excluídos das Coberturas do Seguro quaisquer eventos não especificados nestas condições contratuais, bem como os ocorridos em consequência e/ou resultantes de:

- a) uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, golpe militar ou usurpação de poder, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;**
- d) lesões ou doenças preexistentes à contratação do plano de seguro, que sejam de conhecimento do segurado na data de contratação do plano de seguro que não tenham sido declaradas pelo Segurado na proposta de adesão;**
- e) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- f) lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado ocorrida nos primeiros 02 (dois) anos de seguro ou da sua recondução depois de suspenso;**
- g) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro.**
- h) atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes nos seguros contratados por pessoas jurídicas.**
- i) doenças de conhecimento do segurado e não declaradas na Proposta (doenças preexistentes);**
- j) de acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;**
- k) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente.**

4.2. Não estão cobertos os danos e as perdas causadas direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentado à ordem pública pela autoridade pública competente.

4.3. Não se considera risco excluído a morte do segurado proveniente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação do serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. Estão cobertos os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. FRANQUIA

6.1. Conforme constante nas condições especiais da cobertura contratada.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. A contratação do seguro será realizada mediante apresentação da Proposta de Contratação, assinada pelo representante legal do Estipulante ou por corretor de seguros habilitado.

7.2. Este plano de seguro é contratado a Primeiro Risco Absoluto. Desta forma, em nenhuma hipótese, as indenizações devidas sofrerão aplicação de rateio.

7.3. São seguráveis todas as pessoas que possuam vínculo com o Estipulante, passível de comprovação efetiva, mesmo quando se tratar de empresas coligadas, controladas e subsidiárias integrais do Estipulante, de acordo com a Lei das Sociedades Anônimas e desde que atendam os requisitos seguintes:

7.3.1. Somente serão aceitos os proponentes que se encontrem em boas condições de saúde e em plena atividade de trabalho no dia fixado para início do respectivo risco individual. A condição de saúde do segurado será por ele declarada no ato da proposição do seguro à Seguradora.

7.3.2. Cada proponente deverá formalizar à Seguradora o pedido de sua admissão ao seguro por meio de formulário de Proposta de Adesão assinado, onde deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

7.4. Para a aceitação dos proponentes no seguro, a Seguradora poderá eventualmente exigir o fornecimento de declaração pessoal de saúde, relatório médico, exames específicos, resultados de exames complementares, declarações complementares e outras informações que julgar necessária, além de perícia médica realizada pelo departamento médico da Seguradora.

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

7.5. As perícias médicas realizadas pelo departamento médico da Seguradora serão custeadas pela própria Seguradora.

7.6. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para aceitar ou recusar a Proposta, a contar da data de seu recebimento. Caso não haja manifestação expressa em contrário à aceitação será automática.

7.7. Caso sejam necessários, a Seguradora poderá solicitar uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta. O prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.8. Em caso da não aceitação da proposta, a Seguradora procederá à comunicação formal justificando a não aceitação da mesma.

7.8.1. No caso de ausência de manifestação por escrito pela Seguradora, no prazo previsto de 15 dias, a proposta estará tacitamente aceita.

7.9. Em caso de recusa do risco, em que o prêmio total ou parcial tenha sido pago antecipadamente, a Seguradora restituirá ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias da formalização da recusa, o valor deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

7.10. O Estipulante remeterá, mensalmente, à Seguradora, até o dia contratualmente estabelecido, relação atualizada dos Segurados contendo informações para cálculo do Prêmio e emissão da respectiva fatura.

7.11. A seguradora poderá solicitar, quando da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, para efeito de subscrição, informação ao proponente ou ao segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

7.12. No início de vigência e em cada renovação do seguro, será enviado a cada segurado, um Certificado Individual que conterá os seguintes elementos mínimos:

- a)** Data do início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes; e
- b)** Capitais segurados de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes, além do prêmio total.

8. VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL

8.1. A vigência do risco individual terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for especificada no critério estabelecido em contrato.

8.1.1. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.1.2. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

8.2. A data do fim de vigência do seguro individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia anterior à data em que for especificada no certificado de seguro.

8.3. Em quaisquer circunstâncias, as coberturas individuais previstas neste contrato de seguro estarão condicionadas ao envio de informações periódicas de cada uma das vidas seguradas, por parte do estipulante e em conformidade com o especificado no item 23 – Obrigações do Estipulante, e que farão parte integrante do presente contrato de seguro a partir da emissão dos respectivos endossos.

9. VIGÊNCIA DA APÓLICE

9.1. A Apólice terá vigência pelo prazo de 12 (doze) meses, desde que os Prêmios sejam pagos regularmente até o seu vencimento.

9.2. O início de vigência será a partir das 24 (vinte e quatro) horas, conforme expresso na Apólice,

9.3. 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.

10. RENOVAÇÃO DA APÓLICE

10.1. A Apólice poderá ser renovada automaticamente por uma única vez pelo mesmo prazo de vigência inicial, desde que não haja expressa desistência da Seguradora ou do Estipulante dentro de até 60 (sessenta) dias corridos antes de seu final de vigência.

10.2. As renovações posteriores deverão ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa, desde que realizada pelo Estipulante, e não implicarem ônus ou dever para o segurado ou a redução de seus direitos, do contrário deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

10.2.1. Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos Segurados e ao Estipulante, mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final da sua vigência.

11. CAPITAL SEGURADO

11.1. Os Capitais Segurados serão definidos na Proposta de Adesão, obedecendo aos limites mínimos e máximos comercializados pela Seguradora.

11.1.1. Para fins de liquidação de sinistro, o Capital Segurado será determinado considerando-se a data do evento, devidamente caracterizado.

11.1.1.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:

I – para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente pessoal coberto;

II – para a cobertura de morte, a data do óbito;

III – para as demais coberturas de risco, a data da ocorrência do evento coberto, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais;

IV - para as coberturas cuja indenização corresponda a reembolso de despesas efetuadas, a data do efetivo dispêndio pelo segurado.

11.1.2. A reintegração do capital segurado para a cobertura de Invalidez Parcial Permanente por Acidente é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

11.2. Caso o segurado realize a contratação de mais de um seguro regido por estas Condições Gerais, a soma dos Capitais Segurados para uma mesma cobertura não poderá ultrapassar o Limite máximo estipulado na apólice para sua idade na data da contratação.

11.2.1. A aceitação, pela sociedade seguradora, de estabelecimento de capital segurado superior ao respectivo limite de capital segurado acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao limite de retenção.

11.3. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

12. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

12.1. O Prêmio Individual e o Capital Segurado serão reajustados anualmente, na data de aniversário do seguro, pelo IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística acumulado os 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses anteriores ao do aniversário do seguro.

12.2. Em caso de alteração, extinção ou proibição pela autoridade competente do índice adotado, será utilizado o índice IGPM – Índice Geral de Preços do Mercado, da Fundação Getúlio Vargas.

12.3. Nos casos de aumento do Capital Segurado, caberá ao Estipulante solicitá-lo previamente à Seguradora, por escrito.

12.3.1. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos (3/4) do grupo segurado.

13. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

Mitsui Sumitomo Seguros S.A.

Alameda Santos, 415 – 1º ao 5º andar – Cerqueira César – São Paulo/SP – Cep: 01419-913
Central de Atendimento: 0300 772 6744 SAC: 0800 773 6744 Ouvidoria: 0800 888 6744
Atendimento Especial para Deficientes Auditivos 0800 761 3004

13.1. O custeio deste seguro poderá ser contributivo, isto é, os segurados contribuem com o pagamento dos prêmios, total ou parcialmente; ou não-contributivo, no qual os segurados não contribuem com o pagamento dos prêmios.

13.2. A periodicidade de pagamento de prêmios deste seguro poderá ser mensal, trimestral, semestral ou anual e deve ser estabelecida em contrato.

13.3. A data limite para o pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da apólice de seguro, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação e dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento de prêmio.

13.4. Se a data limite para pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

13.5. É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além do 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 obrigada a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

13.6. Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

13.7. Nos seguros não contributivos o não pagamento do prêmio ensejará o cancelamento da apólice, respondendo a Seguradora pelos sinistros que venham a ocorrer até a data da formalização do cancelamento.

13.8. Nos seguros contributivos, isto é, quando os Segurados contribuem parcial ou integralmente no pagamento do prêmio, se o Estipulante deixar de recolher os prêmios à Seguradora, tal fato não constituirá motivo para o cancelamento da

apólice, uma vez que não caracteriza a inadimplência dos Segurados, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

13.9. Os valores de devolução de prêmios serão atualizados monetariamente pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IPCA/IBGE, a partir das seguintes datas em que se tornarem exigíveis:

- No caso de cancelamento do contrato por iniciativa do segurado a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento. A sociedade seguradora poderá reter o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- No caso de cancelamento do contrato, por iniciativa da Seguradora a partir da data do efetivo cancelamento;
- No caso de recebimento indevido de prêmio, a partir da data de recebimento do prêmio;
- **No caso de recusa de proposta pela Seguradora, a data de formalização da recusa.**

13.10. Na falta, extinção ou proibição do uso do Índice definido, a atualização monetária terá por base o Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) ou índice que vier a substituí-lo.

13.11. A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

14. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

14.1. O não pagamento pelo Segurado, até o vencimento de qualquer parcela do prêmio implicará a suspensão imediata e automática das coberturas contratadas, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade e/ou obrigações durante o período de inadimplência.

14.2. Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios custeados pelos Segurados (contributário), estes não podem ser prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas.

14.3. No período de inadimplência a cobertura ficará suspensa e poderá ser reabilitada em até 30 (trinta) dias da data do vencimento da parcela não paga, período no qual não haverá cobertura do seguro e a Seguradora estará isenta de qualquer sinistro ocorrido. Após esse período o seguro será automaticamente cancelado.

14.3.1. A reabilitação da apólice ou certificado se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado ou o Estipulante retomar o pagamento do prêmio. Neste caso, a Seguradora responderá por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

14.3.2. No caso de seguros com cobrança postecipada de prêmios, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, na forma estabelecida em contrato,

14.4. No caso de pagamento do prêmio fora dos prazos estipulados no contrato de seguro, qualquer indenização dependerá de prova de que ele foi efetuado antes da ocorrência do sinistro.

15. CANCELAMENTO DO RISCO INDIVIDUAL

15.1. A extinção dos seguros individuais se dará:

- a) 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;**
- b) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, salvo se o Segurado optar por continuar com as mesmas coberturas e capitais Segurados,**

assumindo os custos do risco e de cobranças, mediante solicitação prévia e por escrito à Seguradora;

- c) quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice;
- d) quando o Segurado deixar de pagar até o vencimento qualquer parcela do prêmio e não houver a reabilitação do seguro, de acordo com o item 15;
- e) com a ocorrência da morte do Segurado Principal;
- f) automaticamente se o Segurado, seus prepostos, dependentes ou beneficiários agirem com dolo, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro.

16. CANCELAMENTO DA APÓLICE

16.1. A apólice poderá ser cancelada ou rescindida:

- a) a qualquer tempo mediante acordo entre o Estipulante e a Seguradora, devendo os Segurados serem informados previamente, com a obtenção da anuência prévia e expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- b) quando o Estipulante deixar de pagar até o vencimento qualquer parcela do prêmio e transcorridos 60 (sessenta dias) deste, o presente seguro será cancelado por falta de pagamento não podendo mais ser restabelecido. Nos seguros não contributários a seguradora responderá pelos sinistros que venham a ocorrer até a data de formalização do cancelamento, nos seguros contributários se o Estipulante deixar de recolher os prêmios à Seguradora, tal fato não constituirá motivo para o cancelamento da apólice, ficando o Estipulante sujeito a cominações legais, sendo que os segurados não poderão ser prejudicados no direito à cobertura do seguro respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas.

16.2. Ocorrendo a rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

16.3. Não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, salvo nas situações de cancelamento e, desde que, tenha havido

pagamento de prêmio referente ao período de risco a decorrer entre a data de cancelamento e a data de final de vigência da apólice.

16.4. O contrato não poderá ser cancelado durante a vigência pela seguradora sob a alegação de alteração da natureza do risco.

17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

17.1. A ocorrência do Sinistro, desde que o Seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, deverá ser comunicado imediatamente a Seguradora no formulário de aviso de sinistro, por fax, telegrama, carta, e-mail ou qualquer outro meio disponível no momento.

17.2. Para recebimento da indenização, deverá ser provada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato;

17.2.1. Qualquer indenização por força do presente contrato, somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo segurado.

17.2.2. O prazo para reclamação de indenização prescreverá conforme determinado em lei

17.3. Deverão ser entregues cópias autenticadas dos documentos relacionados, em caso de sinistros relacionados às coberturas descritas abaixo:

17.3.1. Para a cobertura Morte Natural:

- a)** Aviso de Sinistro – formulário fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Beneficiário e, pelo médico que assistiu o Segurado;
- b)** Certidão de Óbito do Segurado;
- c)** Cédula de identidade e CPF do Segurado e do Beneficiário;
- d)** Certidão de Nascimento ou Casamento do Segurado;
- e)** Documentos que comprovem a condição de Beneficiários:
 - Cônjuge – Certidão de Casamento e Cédula de Identidade;

- Companheira – Carteira Profissional do componente principal e Cédula de Identidade;
- Filhos – Certidão de Nascimento e Cédula de Identidade;
- Pais – Cédula de Identidade;
- f) Comprovante de Endereço do Segurado e do Beneficiário;
- g) Exame de Diagnóstico quando for requerido em função da causa morte (Ressonância Magnética; Biópsia e anatomopatológica etc...).

17.3.2. Para a cobertura Morte Acidental, além dos documentos referidos no subitem anterior:

- a) Certidão da Ocorrência Policial (B.O.);
- b) Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Comunicação de Acidente de Trabalho-CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou trabalho da mesma;
- f) Laudo Pericial do local do Acidente.

17.3.3. Para a cobertura Invalidez Permanente Total por Acidente:

- a) Aviso de Sinistro e Acidentes Pessoais – formulário fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante e, pelo médico que assistiu o Segurado;
- b) Declaração Médica comprovando a invalidez permanente.
- c) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
- d) Cédula de identidade e CPF do Segurado;
- e) Certidão de Nascimento ou Casamento do Segurado;
- f) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) Comprovante de Endereço do Beneficiário;

- h) Laudo médico detalhado assinado pelo Médico Habilitado assistente, contendo o diagnóstico, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez;
- i) Raios-X das lesões e Exames complementares comprovando os diagnósticos e detalhamento da lesão e do competente prontuário médico em caso de internações hospitalares.
- j) Certidão da Ocorrência Policial (B.O);

17.3.4. Para a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:

- a) Através do formulário denominado Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, este deverá comunicar à Sociedade Seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante.
- b) Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro).
- c) Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item Dos Riscos Cobertos.
- d) Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:
 - Cópia do documento de identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado;
 - Relatório do médico-assistente do Segurado:
 - indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.
 - Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

Fica facultado à Sociedade Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e ou, se for o caso, à sua liquidação.

O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Sociedade Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

17.3.5. Para a cobertura Auxílio Funeral, além dos documentos referidos nos subitens **17.3.1.** e/ou **17.3.2.**, conforme o evento.:

a) Notas Fiscais que comprovem as despesas funerárias.

17.3.6. Para a cobertura Auxílio Alimentação, considerar os documentos referidos nos subitens **17.3.1.** e/ou **17.3.2.**, conforme o evento.

17.3.7. Para a cobertura Morte ou Invalidez do Cônjuge, incluso por cláusula suplementar, considerar os documentos relacionados nos itens **17.3.1.** e/ou **17.3.2.**, ou ainda, **17.3.3.**, conforme o evento.

17.3.8. Para a cobertura Morte de Filhos, incluso por cláusula suplementar, considerar os documentos relacionados nos itens **17.3.1** e/ou **17.3.2**, conforme o evento.

17.4. As despesas efetuadas, com a comprovação do Sinistro e documentação de habilitação para recebimento da Indenização serão custeadas pelos interessados, exceto se realizadas pela Seguradora, a quem caberá, no caso de dúvidas, a adoção de medidas visando plena elucidação do Sinistro.

17.4.1. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

17.4.2. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado,

respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

17.5. Em caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, mediante correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

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

17.7. 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.

18. FORMA DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

18.1. O prazo para efetuar o pagamento da parcela única da indenização não excederá a 30 (trinta) dias, contados a partir da data da entrega dos documentos relacionados no subitem **18.3.**, para cada tipo de cobertura.

18.1.1. Não estarão cobertos os sinistros ocorridos durante o período de inadimplência sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período.

18.2. A Seguradora poderá solicitar, em caso de dúvida fundamentada e justificada, outros documentos não relacionados anteriormente, sendo que o prazo para liquidação de

sinistros sofrerá suspensão, assim, a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

18.3. Depois de decorrido o prazo de 30 dias após recebimento de todos os documentos, o pagamento da indenização será acrescido de atualização monetária, pela variação positiva do índice IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, calculados a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento e de juros moratórios, calculados a base da taxa SELIC, com aplicação "pro rata die", **calculados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo de 30 dias**, até a data do efetivo pagamento.

18.4. Quando o pagamento do prêmio do seguro for prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, será contado desde a última atualização.

19. PERDA DE DIREITO

19.1. A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no presente seguro caso haja, por parte do Segurado, seus prepostos, dependentes ou Beneficiários:

- a)** inexistência, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes na Proposta de Seguro e seus anexos que tenham influenciado na sua aceitação ou no valor do prêmio;
- b)** agravar intencionalmente o risco, após a sua aceitação no seguro;
- c)** inobservância das obrigações convencionadas nestas Condições Gerais;
- d)** tentativa ou ocorrência de fraude comprovada simulando Sinistro ou agravando as suas consequências durante a vigência do risco individual.

19.2. O Segurado, seus prepostos, dependentes ou beneficiários que agirem com dolo, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade durante o processo de contratação ou no decorrer da vigência deste seguro ficará obrigado ao pagamento do prêmio vencido à Seguradora.

19.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, 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 proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do 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 do prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença do prêmio cabível.

19.4. 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 silenciou de má-fé.

19.4.1. A sociedade seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, 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.

O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

20. BENEFICIÁRIOS

20.1. Indicação: cabe ao Segurado nomear livremente seus Beneficiários na Proposta de Adesão, ressalvadas as restrições legais, podendo a qualquer tempo substituir os Beneficiários indicados bem como o percentual de participação de cada um, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

20.1.1.1. O beneficiário da cobertura de morte, em caso de contratação das cláusulas suplementares será sempre o componente principal.

20.2. Falta de Designação de Beneficiários em caso de Morte: não havendo expressa indicação de Beneficiários, ou na falta deles, serão considerados como tais os herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária, de acordo com o código civil brasileiro:

20.2.1. Artigo 791 – Código Civil Brasileiro

Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

Parágrafo Único

O segurador que não for cientificado oportunamente da substituição desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

20.2.2. Artigo 792 – Código Civil Brasileiro

Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

Parágrafo Único

Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

20.2.3. Artigo 793 – Código Civil Brasileiro

É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

20.3. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), a indenização referente à cobertura do segurado(s) dependente(s) deverá ser paga aos herdeiros legais do segurado, caso exista o pagamento de prêmio para a cobertura suplementar.

20.4. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária de um contrato de seguro de pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

21. SUB ROGAÇÃO

21.1. No seguro de pessoas, o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro, conforme disposto no art. 800 do Código Civil Brasileiro e no art. 89 da Circular SUSEP 302/2005.

22. DO FORO

22.1. Fica estabelecido que as questões judiciais entre o segurado ou beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro da comarca do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

22.1.1. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso do previsto no item 22.1.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais.

23.2. 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.

23.3. Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro.

23.4. Repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente.

23.5. Repassar ao Segurado todas as comunicações ou aviso inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração.

23.6. Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao plano de seguro, emitidos para o Segurado.

23.7. 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.

23.8. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistro.

23.9. Comunicar, de imediato, à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao plano de seguro contratado.

23.10. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

23.11. Informa 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 plano de seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

23.12. Fornecer mensalmente à Seguradora uma relação discriminada dos Segurados a ser garantidos, contendo de cada um o nome, CPF, data de nascimento, data de adesão, número de certificado, e ainda o valor do saldo devedor, se for o caso.

23.13. Fornecer a Seguradora todas as informações e cópias de documentos de sua responsabilidade necessários para a regulamentação de sinistros.

23.14. Promover a informação e o recebimento da expressa anuência dos Segurados que representem, pelo menos, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado, sempre que, pela Seguradora for comunicado qualquer alteração que implique ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos e que não estejam previstos pelo contrato de seguro.

24. ALTERAÇÕES

24.1. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

24.2. Qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

24.3. Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante.

25. PRESCRIÇÃO

25.1. O direito do Segurado e/ou beneficiários em pleitear a indenização junto à Seguradora prescreve nos prazos estabelecidos nos termos do Código Civil Brasileiro.

26. DISPOSIÇÕES GERAIS

26.1. Quaisquer tributos que incidam ou venham a incidir sobre o valor do prêmio ou Capital Segurado correrão por conta de quem a legislação específica determinar.

26.2. 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.

26.3. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

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

26.5. As condições contratuais / regulamento deste produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número do processo constante da apólice/proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

26.6. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.