

Caro(a) Segurado(a)

Parabéns! Você acaba de adquirir um produto com a qualidade **Liberty Seguros**, desenvolvido especialmente para atender às suas necessidades de proteção a um preço justo.

Leia atentamente estas Condições Gerais para saber mais sobre as vantagens do seu novo seguro.

Para aviso de sinistros e obtenção de informações sobre sua apólice, você pode dispor da nossa Central de Atendimento. Os telefones para contato constam do nosso site na Internet: www.libertyseguros.com.br.

Obrigado por escolher a Liberty Seguros.

E seja muito bem-vindo à sua conquista mais segura!

Marcos Machini

Vice-Presidente Comercial



ÍNDICE GERAL

CONDIÇÕES GERAIS - LIBERTY ESCOLAR.....	3
Glossário de Termos Técnicos	3
CLÁUSULAS E CONDIÇÕES	7
1. Declarações do Segurado.....	7
2. Âmbito Geográfico	7
3. Objetivo	7
4. Conceito das Coberturas.....	7
5. Riscos Excluídos	9
6. Aceitação do Seguro	10
7. Vigência e Renovação	11
8. Índice Mínimo de Adesão	12
9. Aceitação e Inclusão de Segurados.....	12
10. Início da Cobertura Individual	13
11. Carências	14
12. Franquia	14
13. Designação e Alteração de Beneficiário(s).....	14
14. Capital Segurado Individual.....	15
15. Atualização do Capital Segurado Individual	15
16. Atualização de Valores	15
17. Prêmio, Cálculo e Recálculo	16
18. Custeio do Seguro	16
19. Periodicidade de Pagamento do Prêmio	16
20. Pagamento do Prêmio	16
21. Cancelamento das Coberturas por Atraso nos Pagamentos do Prêmio Mensal ou Anual	18
22. Cessaçã o da Cobertura de Cada Segurado	19
23. Ocorrência de Sinistros	19
24. Relaçã o de Documentos para Liquidaçã o de Sinistros	20
25. Perda do Direito à Indenizaçã o	22
26. Cancelamento do Seguro	23
27. Outras Obrigaçõ es do Estipulante	24
28. Material de Divulgaçã o	24
29. Transferência de Direitos	24
30. Ratificaçã o	25
31. Prescriçã o	25
32. Foro	25
33. Disposiçõ es Finais	25

GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

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:

a) incluem-se, ainda, nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparada, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento de acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

b.1) 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.2) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas 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), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência e assemelhadas, como invalidez previdenciária, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

Agravamento do Risco: É uma circunstância que após a contratação do seguro, aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do Segurado.

Apólice: É o documento escrito, emitido pela Seguradora, que caracteriza o instrumento do contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais e, se houver, pelas Condições Especiais e pelo Contrato. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro.

Aviso de Sinistro: É a comunicação à Seguradora da ocorrência de evento coberto, conforme previstos nas Condições Gerais e/ou Condições Especiais.

Beneficiários: São as pessoas designadas pelo Segurado para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta.. No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, o Beneficiário será o próprio Segurado.

Capital Segurado: É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

Carência: É o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, do aumento do capital ou da recondução depois de suspenso, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as coberturas ou algumas delas.

Carregamento: É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro.

Certificado Individual do Seguro: É o documento destinado ao Segurado, comprovador de sua inclusão no seguro, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de Capital Segurado ou prêmio.

Condições Gerais: É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos beneficiários, e quando couber, do Estipulante.

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.

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, de eventuais endossos e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual do seguro.

Contrato: É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos beneficiários.

Corretor de Seguros: É o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

Declaração Pessoal de Saúde: É o documento formal e legal, incluso na proposta de adesão, em que o proponente a Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde.

Doenças, Lesões e Acidentes Preexistentes: São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo Segurado, antes da contratação do seguro e que seja de seu conhecimento.

Endosso: É o documento emitido pela Seguradora, acessório ao contrato de seguro, que formaliza toda e qualquer alteração na Apólice, durante sua vigência, implicando em modificação de dados, condições ou objeto do contrato de seguro ou sua transferência para outrem. Uma vez anexado à Apólice, o Endosso passa a prevalecer sobre as condições originais do contrato.

Entidade de Ensino: É a instituição, reconhecida pelo Ministério de Educação, contratada para a prestação de serviços de ensino escolar.

Estipulante/Sub-Estipulante: É a pessoa jurídica ou física que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como Estipulante-instituidor, quando participar, total ou

parcialmente, do custeio do plano, e como Estipulante-averbador quando não participar do custeio. Para os efeitos do presente contrato, o Sub-Estipulante será sempre uma Entidade de Ensino.

Evento Coberto: É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

Franquia: É a participação obrigatória do Segurado em caso de sinistro, a qual é definida na cobertura contratada e corresponde ao valor informado nas Condições Contratuais e, que será deduzido do total de prejuízos indenizáveis.

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 mantêm vínculo com o Estipulante/Sub-Estipulante, sejam funcionários ou alunos, que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que preencham os demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato.

Indenização: É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados para exercer a prática da medicina.

Prêmio: É o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

Processo SUSEP: É o registro deste plano na SUSEP, porém não implica por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Proponente: É a pessoa física que propõe a sua adesão ao Seguro e que passará a condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

Proposta de Adesão: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção em aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Proposta de Seguro: É o documento através do qual a Entidade de Ensino manifesta a sua vontade em contratar o seguro na qualidade de Estipulante, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

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.

Regulação do Sinistro: São os procedimentos realizados pela Seguradora para apuração e exame das causas e circunstâncias que caracterizaram o sinistro e, em face dessas verificações, concluir sobre a sua cobertura, bem como se o Segurado cumpriu as suas obrigações legais e contratuais.

Riscos Excluídos: São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo presente contrato de seguro.

Seguradora: É a **Liberty Seguros S/A**, registrada no CNPJ sob o nº 61.550.141/0001-72, que assume os riscos inerentes às coberturas deste contrato de seguro, nos termos da legislação vigente, nas Condições Gerais deste contrato e demais normas aplicadas ao setor.

Segurados: São as pessoas que mantêm vínculo com o Estipulante, regularmente incluídas e aceitas no seguro.

Sinistro: É a ocorrência de um evento coberto pelas coberturas contratadas, ocorrido durante a vigência material do seguro e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.

Sub-Estipulante: Ver definição de Estipulante.

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados: Autarquia Federal fiscalizadora e reguladora das entidades do mercado securitário.

1. DECLARAÇÕES DO SEGURADO

As declarações do Segurado junto à Seguradora serão revestidas, obrigatoriamente, da mais estrita boa-fé, exatidão e veracidade.

2. ÂMBITO GEOGRÁFICO

2.1. O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição em contrário discriminada nas Condições Contratuais ou no Certificado Individual do Seguro.

2.2. Quando for o caso, eventuais encargos de tradução referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora, o qual deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecida, atualizado monetariamente nos termos da legislação.

3. OBJETIVO

3.1. O presente seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou aos seus Beneficiários o pagamento de uma importância em dinheiro, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado a seguir, desde que contratadas pelo Estipulante, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e do Contrato.

3.2. As coberturas deste Seguro dividem-se em básica e adicionais:

3.2.1. Cobertura Básica: Morte Acidental (MA).

3.2.2. Coberturas Adicionais:

a) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA); e,

b) Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO).

3.3. O Estipulante deverá informar no formulário denominado Proposta de Seguro, quais coberturas serão contratadas, sendo a básica obrigatória e as demais facultativas.

4. CONCEITO DAS COBERTURAS

4.1. Cobertura de Morte Acidental (MA)

Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto pelo seguro, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

4.2.1. Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

4.2. Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

Desde que contratada, garante ao Segurado, o pagamento de uma indenização quando ocorrer a sua invalidez permanente total por acidente, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

4.2.1. Para fins de seguro, entende-se como Invalidez Permanente total por Acidente, a perda, redução ou impotência funcional, total, conforme estabelecido na tabela a seguir, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física, causada, exclusivamente, por acidente pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação:

Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente Total	
Discriminação	% Sobre o Capital Segurado
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100

4.2.2. A Invalidez Permanente Total deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração Médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse a fazê-lo.

4.2.2.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

4.2.3. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam.

4.3. Cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO)

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, até o valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, desde que iniciado nos primeiros 30 (trinta) dias contados da data do acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

4.3.1 A Seguradora reserva a si o direito de não reembolsar quaisquer despesas caso seja comprovado que o tratamento teve início depois de decorridos 30 (trinta) dias da data de ocorrência do sinistro.

4.3.2. O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes Seguradoras.

4.3.3. Como tratamento considera-se inclusive a internação hospitalar a critério do médico assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, ultra-sonografia tomografia computadorizada,

medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório, bem como despesas de pronto-socorro, assistência de enfermeiro(s) diplomado(s) e honorário(s) médico(s) e dentista(s).

4.3.3.1. O reembolso de despesas com dentistas abrange exclusivamente a restauração e/ou colocação de prótese em substituição a dentes naturais danificados, parciais ou totalmente, em acidente coberto e sofrido pelo Segurado.

4.3.4. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

4.3.5. A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

4.3.6. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

4.3.7. Após cada evento em que houver reembolso de despesas médico-hospitalares, o Capital Segurado relativo a esta cobertura será reintegrado automaticamente sem cobrança de prêmio adicional, salvo nos casos de despesas médico-hospitalares efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, decorrentes direta ou indiretamente do mesmo acidente.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas previstas neste Contrato de Seguro os eventos ocorridos em consequência:

a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação radiativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) de ato de operação de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha ou revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou qualquer perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) de doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro, não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento da Segurado e/ou do Estipulante;

d) direta ou indireta de quaisquer alterações mentais consequentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;

e) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

f) de suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;

f.1) Este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando, tecnicamente, a devolução de prêmio ou reserva caso ocorra suicídio durante o período de exclusão da cobertura;

g) de danos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

h) da prática, por parte do Segurado, de atos contrários à Lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;

i) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada (exceto quando do exercício de serviço militar ou da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem), utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;

j) indenizações ou prejuízos decorrente de acordo ou condenação judicial por danos morais.

5.2. Também não se encontram cobertos por nenhuma das garantias do presente seguro:

a) as doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro-traumas de repetição tais como DORT e LER, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;

b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;

d) o parto ou aborto e suas conseqüências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;

e) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamento, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

f) o choque anafilático e suas conseqüências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;

g) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

5.3. Além dos riscos mencionados nos subitens 5.1 e 5.2, estão, ainda, excluídas da cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) as despesas decorrentes de:

a) estados de convalescença (após a alta médica), bem como quaisquer despesas de acompanhantes;

b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em conseqüência de acidente coberto.

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

6.1. A Seguradora terá o prazo de 15 dias para realizar a análise técnica e aceitar, ou declinar, o risco proposto pelo Estipulante.

6.1.1 Vencidos os 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.

6.2. Recebida a Proposta de Seguro, assinada pelo Estipulante, caso aceita e havendo adesão do número mínimo de Segurados, conforme estabelecido no contrato, será emitida a Apólice, sendo a inclusão dos proponentes feita, conforme disposto no Contrato:

- a) através de mídia magnética, em layout e formato fornecidos pela Seguradora ao Estipulante contendo no mínimo nome completo, data de nascimento, sexo, documento de identificação, cargo/função do funcionário ou série escolar do aluno, valor do Capital Segurado e prêmio;
- b) Deverá(ao) acompanhar a informação ora citada, a(s) respectiva(s) Proposta(s) de Adesão e a Declaração Pessoal de Saúde, devidamente preenchida(s) e assinada(s) pelo(s) proponente(s);
- c) A referida proposta de adesão escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco individual;
- d) A Seguradora fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento, e procederá a análise de aceitação ou recusa da Proposta de Adesão de acordo com a Cláusula 9 - Aceitação e Inclusão de Segurados destas Condições Gerais.

6.3. Após a implantação do seguro, o Estipulante deverá encaminhar mensalmente as movimentações (inclusão e exclusão de Segurados) à Seguradora com os respectivos dados antes mencionados, inclusive as alterações de capitais, para análise de aceitação.

6.3.1. O não-recebimento da movimentação mensal implicará no faturamento com base na fatura do mês anterior, devendo as exclusões ou inclusões de Segurados e acertos dos valores devidos regularizados na fatura subsequente.

6.4. A não aceitação da Proposta de Seguro, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo índice estabelecido no contrato, conforme legislação vigente.

6.5. Qualquer alteração no contrato de seguro somente poderá ser feita mediante acordo entre Seguradora e Estipulante, seu representante legal, ou por corretor de seguros, observadas as condições estabelecidas no subitem 6.2, e desde que acarretem ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, mediante anuência que represente 3/4 do grupo segurado.

6.6. São documentos do presente seguro a proposta, a Apólice com os respectivos anexos e o documento de cobrança devidamente quitado.

6.7. Não é permitida a presunção de que a Seguradora possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem da proposta, Apólice e seus anexos, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma do subitem anterior.

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

7.1. A vigência deste seguro será de 1 (um) ano.

7.1.1. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da(s) data(s) definida nas Condições Contratuais.

7.2. A Seguradora providenciará a emissão da Apólice ou do endosso no prazo de 02 (dois) dias úteis, a partir da data da aceitação da Proposta de Seguro.

7.3. Nas propostas de seguro recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais.

7.4. Nas propostas de seguros recepcionadas com adiantamento do prêmio, total ou parcial, o seu início de vigência será a partir das 24 horas da data em que a Seguradora receber a proposta assinada pelo Estipulante.

7.5. Na renovação da Apólice deverá ser observado o que segue:

7.5.1. Caso haja, na renovação, alteração da Apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de Segurados que representem pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

7.5.1.1. A Apólice poderá ser renovada automaticamente, uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas na Cláusula 26 - Cancelamento do Seguro, destas Condições Gerais,

7.5.1.2. A renovação automática a que se refere este subitem não se aplica aos estipulantes ou à Seguradora que comunicarem desinteresse na continuidade do contrato, caso avisem, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data do final de vigência contrato, a inexistência de interesse na sua renovação.

7.5.2. Feita uma renovação automática, as renovações seguintes deverão ter anuência expressa do Estipulante.

7.5.3. Após a primeira renovação automática, o Estipulante/Segurado, seu representante e/ou o corretor de seguros deverá enviar à Seguradora pedido de renovação até 30 (trinta) dias antes do termo final da vigência deste contrato.

7.5.4. A Seguradora fornecerá ao Estipulante, seu representante e/ou o corretor de seguros, protocolo que identifique o pedido/proposta de renovação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

7.5.5. À proposta de renovação se aplicam os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 6 - Aceitação do Seguro destas Condições Gerais.

8. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO

8.1. O índice de adesão é a relação entre o número de Segurados e o total de componentes do Grupo Segurável.

8.2. O índice mínimo de adesão para implantação e manutenção da Apólice será fixado em cada caso, na Proposta de Seguro e nas Condições Contratuais.

9. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

9.1. Somente poderão ser incluídas no seguro as pessoas pertencentes ao Grupo Segurável que, na data estabelecida para início de vigência do risco individual:

- a) estejam em plena atividade profissional/laborativa;
- b) estejam em perfeitas condições de saúde; e
- c) tenham idade dentro dos limites estabelecidos nas Condições Contratuais da Apólice na data do início da vigência do seguro individual.

9.2. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para avaliar a proposta de adesão, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificações no risco. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

9.3. A Proposta de Adesão será recepcionada pela Seguradora sob protocolo com indicação da data e hora de seu recebimento e, com base na declaração prestada pelo Proponente, a Seguradora fará análise para aceitação ou recusa dos riscos individuais propostos, os quais deverão obrigatoriamente apresentar as seguintes informações:

- a) dados pessoais;
- b) CPF e, na falta deste, outro documento identificador de âmbito nacional;
- c) declaração ou prova de saúde;
- d) declaração de conhecimento prévio das Condições Gerais do presente contrato;
- e) Indicação de Beneficiário(s).

9.4. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de subscrição ou aumento no valor do Capital Segurado, informação ao proponente ou ao Segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

9.5. A Seguradora reserva-se o direito de exigir do Proponente informações complementares para avaliação do risco, dentro do prazo de 15 (quinze) dias.

9.5.1. Uma vez solicitada documentação complementar, o prazo de 15 (quinze) dias para a aceitação ou recusa será suspenso, e voltará a ser contado às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da mesma.

9.5.2. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma única vez durante o prazo de avaliação do risco.

9.5.3. A não-aceitação da Proposta de Adesão, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer prêmio eventualmente pago, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, pelo IPCA - Índice ao Consumidor Amplo, conforme legislação vigente.

9.6. Somente podem ser incluídas no seguro as pessoas pertencentes ao Grupo Segurável que não estiverem afastadas do trabalho por motivo de doença ou acidente na data fixada para início do respectivo risco individual.

9.6.1. É vedada ao Segurado afastado de sua atividade laborativa toda e qualquer alteração de Capital após seu afastamento.

10. INÍCIO DA COBERTURA INDIVIDUAL

10.1. O início de vigência do risco individual será o estabelecido a seguir:

- a) Os certificados terão seu início e término de vigência às 24 horas das datas para tal fim neles indicados;
- b) Para a proposta de adesão ou pedido de endosso sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice;
- c) Para a proposta de adesão ou pedido de endosso recepcionado com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela Seguradora.

10.2. No início de cada vigência Individual do Seguro, bem como nos aniversários subseqüentes, a Seguradora providenciará a emissão do Certificado Individual do Seguro, com os nomes do Segurado, início e final de vigência do seguro, Capital Segurado e Prêmio total, entre outros.

11. CARÊNCIAS

Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, **exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro.**

12. FRANQUIA

12.1. A cobertura adicional de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas está sujeita a uma franquia definida em valor fixo, em moeda nacional (R\$).

12.2. A franquia em valor fixo será informada nas Condições Contratuais, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do Seguro e será aplicada sobre o valor total dos prejuízos indenizáveis.

13. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

13.1. É facultado ao Segurado indicar livremente o(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais. Na falta da indicação de Beneficiário(s), aplicar-se-á, para efeito de pagamento do Capital Segurado, o disposto no artigo 792 do Código Civil Brasileiro.

Art. 792

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

Parágrafo Único - Na falta das pessoas indicada neste artigo, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.”

13.2. Para fins deste dispositivo, a(o) companheira(o) será equiparada(o) à(ao) esposa(o), nos casos admitidos pela lei Civil, observado o disposto no artigo 793 do Código Civil Brasileiro:

Art. 793

“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.”

13.3. Observado o disposto no artigo 791 do Código Civil, é facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir o(s) seu(s) Beneficiário(s), mediante manifestação escrita.

Art. 791

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

13.4. Caso o Segurado não de ciência à Seguradora da substituição de seu(s) Beneficiário(s) na forma prevista no subitem anterior, a Seguradora desobrigar-se-á, pagando o Capital Segurado ao(s) antigo(s) Beneficiário(s).

13.5. No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

14. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

14.1. Para fins deste seguro, Capital Segurado é a importância máxima, por cobertura contratada, a ser paga ou reembolsada, vigente na data do evento.

14.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

a) nas Coberturas Básicas de Morte Acidental (MA) e de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), a data do acidente; e

b) na Cobertura Adicional de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, a data do efetivo dispêndio pelo Segurado.

14.3. Nos planos coletivos, para cada grupo pode haver uma ou mais classes de Capitais Segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos, tais como idade e salário.

15. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

Os valores do Capital Segurado e do prêmio serão atualizados monetariamente a cada ano com base no IPCA ou segundo a variação dos salários e proventos para todos os Segurados do grupo segurado, de acordo com o que dispuserem as Condições Contratuais.

16. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

16.1. 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.

16.1.1. Para efeito de atualização monetária será utilizado o IPCA, observado o que segue:

a) na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária terá por base índice que vier a substituí-lo.

b) 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.

16.1.2. Os juros de mora pactuados no caso de descumprimento contratual, por qualquer das partes contratantes, será fixado no percentual máximo de 1% (um por cento) ao mês.

16.2. Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido nesta Cláusula, a partir da data em que se tornarem exigíveis:

a) no caso de cancelamento do contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora;

b) no caso de recebimento indevido de prêmio: a partir da data de recebimento do prêmio;

c) no caso de recusa da Proposta de Seguro ou Proposta de Adesão: a partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.

16.3. Os demais valores das obrigações pecuniárias da Seguradora, incluindo as indenizações, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido nesta Cláusula, sendo que:

a) na hipótese de não-cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a Seguradora atualizará o valor devido a partir da data de exigibilidade;

b) considera-se como data de exigibilidade a data de ocorrência do evento.

16.3.1. Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de multa, quando prevista no Contrato de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado em contrato para esse fim. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato, devem utilizar a taxa estipulada no subitem 16.1.2.

17. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO

17.1. O prêmio de cada Segurado é o produto da taxa indicada no Contrato pelo respectivo capital da(s) Cobertura(s) contratada(s) pelo Segurado.

17.1.1. O aumento na taxa deverá ser realizado por endosso ou aditivo ao contrato com concordância expressa e escrita do Estipulante, observado o disposto na Cláusula 26 - Cancelamento do Seguro destas Condições Gerais.

17.2. Caso a alteração de taxa prevista no subitem anterior implique em ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de Segurados que representem pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

18. CUSTEIO DO SEGURO

Para fins deste seguro e de acordo com a proposta de seguro, o custeio será sempre não-contributivo, ou seja, aquele em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento totalmente sobre o Estipulante.

19. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

De acordo com o convencionado na proposta de seguro, o prêmio deste seguro será pago conforme uma das seguintes opções de periodicidade:

- a) anual;
- b) anual fracionado; ou
- c) mensal.

20. PAGAMENTO DO PRÊMIO

20.1. A cobrança do prêmio será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, do qual constarão, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

- a) nome do Estipulante;
- b) valor do prêmio;
- c) data de emissão;
- d) número da Apólice e proposta de seguro;
- e) data limite para o pagamento.

20.1.1. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, o Capital Segurado deverá ser atualizado até a data do evento gerador, com base no índice previsto no subitem 16.1.1.

20.1.2. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 20.1 diretamente ao Estipulante ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao

corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

20.2. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a Seguradora obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.

20.3. O pagamento do prêmio será feito à Seguradora por intermédio da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei.

20.4. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

20.5. Caso o plano preveja o fracionamento do prêmio, o critério adotado será o seguinte:

20.5.1. Não será cobrado nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.

20.5.2. Será garantida ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

20.5.3. Os prêmios serão pagos em parcelas sucessivas, não podendo a primeira parcela ser paga em prazo superior a 30 (trinta) dias contados da emissão da Apólice, endosso ou aditivo, bem como a data de vencimento da última não poderá ultrapassar a vigência desta Apólice.

20.5.4. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na Tabela de Prazo Curto especificada a seguir:

TABELA DE PRAZO CURTO

RELAÇÃO % ENTRE O PRÊMIO PAGO E O PRÊMIO TOTAL	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL	RELAÇÃO % ENTRE O PRÊMIO PAGO E O PRÊMIO TOTAL	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180	100	365/365

20.5.5. Para percentuais não previstos no subitem 20.5.4 deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

- 20.5.6. A Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme subitem 20.5.4.
- 20.5.7. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos na Cláusula 16 - Atualização de Valores destas Condições Gerais, dentro do novo prazo de vigência ajustado, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice.
- 20.5.8. Findo o novo prazo de vigência da cobertura proporcional referido no subitem 20.5.4 sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.
- 20.5.9. No caso de fracionamento em que a aplicação da Tabela de Prazo Curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua vigência, sem cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.
- 20.5.10. O disposto no subitem 20.5 e em seus respectivos subitens não se aplica aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.
- 20.6. A Seguradora providenciará aviso alertando a inadimplência, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da primeira parcela não paga.
- 20.7. Nos casos previstos no subitem 20.5, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.
- 20.8. O cancelamento não ocorrerá para seguros cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.
- 20.9. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que o pagamento tenha sido realizado, o direito à indenização não ficará prejudicado.
- 20.10. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora.
- 20.10.1. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar nos documentos de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.
- 20.11. Os prêmios cobrados através de desconto ou consignação em folha de pagamento, não sendo o empregador o Estipulante do Seguro, deverão ser recolhidos diretamente à Seguradora, mediante fatura ou documento de cobrança por ele apresentado, por intermédio da rede bancária.
- 20.12. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmio(s) pago(s) pelo(s) Segurado(s) ou Estipulante.

21. CANCELAMENTO DAS COBERTURAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DO PRÊMIO MENSAL OU ANUAL

- 21.1. Quando o custeio do prêmio se der sob a forma mensal ou anual, a falta de pagamento do prêmio, por um período de até 30 (trinta) dias, não acarretará no cancelamento automático do seguro.
- 21.1.1. Durante os 30 (trinta) dias mencionados no subitem anterior, as coberturas previstas na apólice não ficarão prejudicadas.

21.2. O Estipulante ou, quando for o caso, o Segurado em atraso com o pagamento do prêmio será notificado para pagamento da parcela do prêmio em atraso, acrescida dos encargos contratualmente previstos na Cláusula 16 - Atualização de Valores destas Condições Gerais.

21.3. O não pagamento dentro do prazo de 30 (trinta) dias do atraso no pagamento da parcela do prêmio acarretará o cancelamento, imediato e automático, do seguro, não sendo mais permitida a reabilitação das coberturas, sem prejuízo da cobrança, pela Seguradora, dos prêmios vencidos enquanto esteve vigente o seguro.

22. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) com a morte ou invalidez permanente total do Segurado;
- b) automaticamente, com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da Apólice, respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago;
- c) automaticamente, na data em que houver o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- d) por solicitação escrita do Segurado no mínimo, ao Estipulante, de que o mesmo não deseja continuar no Seguro;
- e) quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio mensal ou anual, conforme o caso, observado o disposto na Cláusula 21 – Cancelamento das Garantias por Atraso nos Pagamentos do Prêmio Mensal ou Anual;
- f) com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional referido no subitem 20.5.4, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio.

23. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

23.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá(ão) o Segurado, ou o(s) Beneficiário(s), informá-lo à Seguradora logo que o saiba e comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência, por meio dos documentos básicos constantes na Cláusula 24 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

23.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento do Capital Segurado devido pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação listada na Cláusula 24 - Relação de documentos para Liquidação do Sinistro, que comprove a ocorrência de Sinistro coberto pela Apólice e os prejuízos indenizáveis.

23.3. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou ao Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 24 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 23.2 será suspenso e voltará a ser contado a partir do recebimento, pela Seguradora, desses documentos, informações e/ou esclarecimentos complementares.

23.4. Não sendo respeitado o prazo previsto no subitem 23.2, os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido na Cláusula 15 - Atualização de Valores, bem como de multa moratória de 2% (dois por cento) ao mês.

23.4.1. Os juros moratórios e multa moratória, serão contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, enquanto que a atualização monetária será aplicada a partir da data do aviso do sinistro até a data do efetivo pagamento.

23.5. O pagamento será feito por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominativo, pagável no domicílio ou praça indicada pelo (s) Beneficiário(s) ou Segurado, no aviso de sinistro.

23.6. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do interessado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

24. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

24.1. Os documentos a seguir indicados são imprescindíveis para o procedimento de regulação de sinistro. Assim, deverão ser encaminhados à Seguradora em suas vias originais ou cópias autenticadas, para conclusão do procedimento administrativo:

24.1.1. Para Cobertura Básica de Morte Acidental: Formulário Aviso de Sinistro, e:

I - Documentos do Segurado:

- a) cópia da certidão de óbito do Segurado;
- b) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- c) declaração médica indicando causa da morte, com firma reconhecida;
- d) Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;
- e) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- f) cópia da Ficha de Registro de Empregado e holerite do mês da ocorrência caso o Segurado seja funcionário, professor ou diretor;
- g) cópia de documento comprobatório do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, no caso de aluno;
- h) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo causador de sua morte;
- i) radiografias e exames médicos do Segurado (quando houver);
- j) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial;
- k) declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver);
- l) laudo de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, se houver;
- m) laudo de exame cadavérico (IML); e
- n) cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, em caso de morte por carbonização.

II - Documentos do(s) Beneficiário(s):

- a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), quando maior(es) de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- b) no caso de beneficiários incapazes:
 - menores sujeitos ao poder familiar: apresentação dos documentos de identificação do pai e da mãe (RG e CPF).
 - menores sujeitos à tutela: apresentação de termo de tutela e documento de identificação do tutor (RG e CPF).
 - maiores de idade: apresentação de termo de curatela e documento de identificação do curador (RG e CPF).

c) em caso de Companheiro(a), além dos documentos indicados na alínea “a” deste subitem, documentos comprobatórios da qualidade de companheiro(a) do Segurado, no momento do sinistro.

24.1.2. Em caso Invalidez Total e Permanente por Acidente:

I - Formulário Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico assistente.

II - Documentos do Segurado:

- a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- b) Carteira de Trabalho e Previdência Social, ficha de registro de empregado e holerite do mês da ocorrência caso o Segurado seja funcionário, professor ou diretor;
- c) cópia de documento comprobatório do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, no caso de aluno;
- d) documento que comprove a ocorrência do acidente - Boletim de Ocorrência (BO) ou Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), conforme o caso;
- e) laudo de Exame de Corpo de Delito (IML), conforme o caso;
- f) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), nos casos de acidente de trânsito com veículo conduzido pelo Segurado;
- g) relatório médico assinado pelo médico assistente informando o grau de invalidez; e
- h) documentação médica ou exames realizados.

24.1.3. Em caso de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas:

I - Formulário Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado.

II - Documentos do Segurado:

- a) cópia do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- b) Carteira de Trabalho e Previdência Social, ficha de registro de empregado e holerite do mês da ocorrência, caso o Segurado seja funcionário, professor ou diretor;
- c) cópia de documento comprobatório do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, no caso de aluno;
- d) documento que comprove a ocorrência do acidente - Boletim de Ocorrência (BO) ou Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), conforme o caso;
- e) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente de trânsito com veículo conduzido pelo Segurado;
- f) relatório assinado pelo médico;
- g) receitas médicas;
- h) exames médicos e radiológicos realizados;
- i) notas fiscais e recibos originais; e
- j) contas hospitalares.

24.2. A responsabilidade pelo pagamento das indenizações provenientes deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora, não se estabelecendo nenhuma relação neste sentido com o Estipulante.

24.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Contratuais, será proposta pela Seguradora 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.

24.3.1. 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.

24.3.2. 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.

25. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

25.1. Conforme estabelecido nos artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro:

Artigo 765

“O Segurado, e o Segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes.”

Artigo 766

“Se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa, perderá o direito à Cobertura, além de ficar obrigado ao Prêmio vencido.”

25.1.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora:

I - Na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelará o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido ou;

II - Na hipótese de ocorrência de sinistro sem indenização integral: cancelará o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido.

III - Na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelará o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

25.2. O Segurado também perderá o direito ao pagamento do Capital Segurado com base no presente seguro, caso haja por parte dele, seus representantes ou seu(s) Beneficiário(s):

a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;

b) ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado, com o propósito de obter vantagem ilícita com o seguro;

c) não-fornecimento da documentação solicitada; e

d) agravamento intencional do risco objeto do contrato, conforme previsto no Código Civil Brasileiro:

Art. 768

“O Segurado perderá direito à cobertura se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato.”

25.3. Caso ocorra incidente suscetível de agravar o risco coberto, o Segurado, de imediato, deverão comunicar o fato, por escrito à Seguradora, sob pena de perder o direito à Cobertura, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro:

Art. 769

“O Segurado é obrigado a comunicar ao Segurador, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se provar que silenciou de má-fé.”

25.4. A Seguradora poderá cancelar o contrato de seguro, mediante comunicação escrita do Estipulante, dentro do prazo de 15 (quinze) dias do recebimento do aviso de agravação, conforme previsto no parágrafo primeiro do artigo 769 do Código Civil Brasileiro:

Art. 769

“O Segurador, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco sem culpa do Segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de resolver o contrato.”

25.5. Nos termos do § 2º do artigo 769 do Código Civil Brasileiro, o cancelamento previsto no subitem anterior será eficaz após 30 (trinta) dias da notificação do Segurado:

Art. 769

“O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio.”

26. CANCELAMENTO DO SEGURO

26.1. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará cancelado, independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização à parte infratora, preservados os direitos do Segurado, nas seguintes situações:

- a) o Estipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;**
- b) ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Estipulante, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro;**
- c) extinção do Estipulante como pessoa jurídica ou sua inabilitação determinada por órgão competente, a que este estiver vinculado;**
- d) morte do Estipulante no caso de este ser Pessoa Física.**

26.2. Além das situações mencionadas anteriormente, o seguro estará cancelado:

- a) por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;**
- b) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento dos prêmios, nos termos das Cláusulas 20 e 21;**
- c) se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;**
- d) quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora.**

26.3. O pagamento pelo Estipulante ou por Segurado(s) de qualquer valor à Seguradora após a data do cancelamento não implica na reabilitação do seguro, nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do(s) mesmo(s) a(s) importância(s) paga(s).

27. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para 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, 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 ao contrato, 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, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer Sinistro ou expectativa de Sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de Sinistros;
- j) comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considerarem irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- l) 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 caráter tipográfico maior ou igual ao do próprio Estipulante.

34. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do seguro.

35. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

No seguro de pessoas, a Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do(s) Beneficiários, contra o causador do sinistro, conforme disposto no art. 800 do Código Civil Brasileiro:

Art.800

“No seguro de pessoas, o Segurador não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.”

36. RATIFICAÇÃO

As presentes Condições Gerais passam a fazer parte integrante dos documentos de contratação do seguro.

37. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado, ou do(s) beneficiário(s), com fundamento no presente seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

38. FORO

Fica eleito o foro da Comarca do domicílio do Segurado, ou do beneficiário, conforme o caso, para nele serem dirimidas as dúvidas, conflitos ou litígios oriundos deste Contrato de Seguro, renunciando as Partes expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

39. DISPOSIÇÕES FINAIS

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.

IMPORTANTE

I – A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

II – O registro deste plano na SUSEP não implica no incentivo ou recomendação à sua comercialização.

III – O Segurado poderá consultar a regularidade da situação de seu Corretor de Seguros no site da SUSEP (www.susep.gov.br) por meio do número de registro do Corretor na SUSEP, nome completo e CNPJ ou CPF do mesmo.

IV - A **Liberty Seguros** também disponibiliza um canal de Ouvidoria, com Ouvidor externo e independente, que poderá ser utilizado para revisão de processos, observados os seguintes pré-requisitos:

- Quando o cliente não concordar com a solução apresentada pelo setor responsável;
- Quando tiver transcorrido ao menos 30 (trinta) dias sem uma decisão do setor responsável;
- Quando o valor envolvido no sinistro for de até R\$ 100.000,00 (cem mil reais);
- Quando o assunto objeto do recurso à Ouvidoria não estiver em discussão judicial ou em qualquer órgão de defesa do consumidor.

O regulamento da Ouvidoria está disponível no site www.libertyseguros.com.br, onde é possível postar seu recurso. Se preferir, o recurso também poderá ser enviado pelo email ouvidoria@libertyseguros.com.br, pelo telefone 0800 740 3994, ou ainda por carta, para a Rua Dr. Geraldo Campos Moreira, 110 – 11º andar – São Paulo/SP – CEP: 04571-020 – **a/c Ouvidoria**.

Liberty Seguros S/A - CNPJ: 61.550.141/0001-72 - Código SUSEP do Produto N° 15414.100930/2003-29

Out/2011