

Você
nunca
está
sozinho.



Condições Gerais

Seguro de Pessoas - EFPC

,too
seguros

CONDIÇÕES GERAIS SEGURO DE PESSOAS - EFPC

Sumário

| | |
|---|----|
| DEFINIÇÕES | 3 |
| PREÂMBULO | 5 |
| CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO | 6 |
| Cláusula 1ª OBJETO DO SEGURO | 6 |
| Cláusula 2ª COBERTURAS DO SEGURO | 6 |
| Cláusula 3ª RISCOS EXCLUÍDOS | 6 |
| Cláusula 4ª ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA | 7 |
| Cláusula 5ª CARÊNCIA | 7 |
| Cláusula 6ª CONTRATAÇÃO DO SEGURO | 7 |
| Cláusula 7ª ACEITAÇÃO DO SEGURO | 7 |
| Cláusula 8ª VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO | 8 |
| Cláusula 9ª CAPITAL SEGURADO | 8 |
| Cláusula 10 PRÊMIO | 9 |
| Cláusula 11 COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS | 10 |
| Cláusula 12 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO | 11 |
| Cláusula 13 CANCELAMENTO DO SEGURO | 12 |
| Cláusula 14 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE | 12 |
| Cláusula 15 MULTA E MORA | 13 |
| Cláusula 16 FORO | 13 |
| CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE DE PARTICIPANTE DE EFPC | 14 |
| Cláusula 1ª OBJETO DA COBERTURA | 14 |
| Cláusula 2ª RISCO COBERTO | 14 |
| Cláusula 3ª RISCOS EXCLUÍDOS | 14 |
| Cláusula 4ª CARÊNCIA | 14 |
| Cláusula 5ª CAPITAL SEGURADO | 14 |
| Cláusula 6ª PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO | 14 |
| Cláusula 7ª RATIFICAÇÃO | 14 |
| CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ DE PARTICIPANTE DE EFPC | 15 |
| Cláusula 1ª OBJETO DA COBERTURA | 15 |
| Cláusula 2ª RISCO COBERTO | 15 |
| Cláusula 3ª RISCOS EXCLUÍDOS | 15 |
| Cláusula 4ª CARÊNCIA | 15 |
| Cláusula 5ª CAPITAL SEGURADO | 16 |
| Cláusula 6ª PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO | 16 |
| Cláusula 7ª RATIFICAÇÃO | 16 |

DEFINIÇÕES

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

Incluem-se nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a 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) os 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.

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 pessoal coberto;
- c) 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 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 nesta cláusula.**

Apólice: é o documento emitido pela seguradora que formaliza a contratação do Seguro pelo estipulante, estabelecendo os direitos e as obrigações das partes e discriminando as coberturas contratadas.

Beneficiário: é pessoa física ou jurídica designada para receber os valores do capital segurado na hipótese de ocorrência do evento coberto. Para fins deste Seguro o beneficiário será o próprio Estipulante.

Capital Segurado: é o valor máximo a ser pago pela Seguradora na data de ocorrência do evento coberto, conforme cobertura contratada indicada na Apólice.

Carência: é o período de tempo contínuo, contado a partir da data de início de vigência do Seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual o beneficiário não terá direito ao capital segurado contratado, no caso de ocorrência de evento coberto.

Coberturas de Risco: são as obrigações assumidas pela Seguradora perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previstas nas condições contratuais e ratificadas na Apólice.

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.

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.

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.

Contrato de Seguro: 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.

Doenças e Lesões Preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão, quando exigida pela Seguradora.

EFPC: é a entidade fechada de previdência complementar.

Estipulante: para fins deste Seguro será a EFPC identificada na Proposta de Contratação, que representa os segurados perante a Seguradora, tendo suas obrigações definidas nestas Condições Gerais.

Evento Coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, ocorrido durante a vigência do Seguro, passível de ser indenizado de acordo com a(s) cobertura(s) contratada(s) na Apólice.

Formulário de Aviso de Sinistro: é o documento pelo qual é feita a comunicação de sinistro à Seguradora.

Grupo Segurado: é constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido aceitos como Segurados, desde que já tenha iniciado a vigência da cobertura individual.

Grupo Segurável: é o conjunto de pessoas que mantém vínculo com o Estipulante na condição de participante ou assistido no Plano de Benefícios da EFPC.

Indenização: é o valor máximo a ser pago ao beneficiário pela seguradora, quando da ocorrência de evento coberto, limitado ao valor do capital segurado individual da respectiva cobertura contratada, vigente na data da ocorrência do evento.

Início de Vigência: é a data a partir da qual se iniciará(ão) a(s) obrigação(ões) assumida(s) pela Seguradora perante o segurado na eventualidade da ocorrência do evento coberto.

Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável por seu acompanhamento clínico e diagnóstico. Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Período de Cobertura: é o prazo de duração da cobertura contratada, no qual o segurado ou o(s) beneficiário(s), quando for o caso, fará(ão) jus aos capitais segurados contratados, no caso de ocorrência de evento coberto.

Prêmio: é o valor pago à seguradora para que esta assuma as obrigações com relação ao Seguro contratado.

Proponente: é a pessoa física interessada em contratar a(s) cobertura(s) ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

Proposta de Adesão: é o documento que contém a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa sua vontade de aderir à apólice coletiva e manifesta seu pleno conhecimento e concordância das condições contratuais.

Proposta de Contratação: é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, na qual o estipulante expressa a intenção de contratação do Seguro coletivo, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Regime Financeiro de Repartição Simples: é aquele em que os prêmios pagos por todos os segurados são destinados ao pagamento das indenizações provenientes das coberturas contratadas.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo Seguro.

Segurado: é a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro.

Seguradora: é a Too Seguros S.A., empresa legalmente autorizada a comercializar Seguro e que se responsabilizará pela(s) cobertura(s) contratada(s), mediante o recebimento de prêmio, conforme estabelecido nas condições contratuais do Seguro.

Sinistro: é a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do Seguro.

Vigência do Seguro: é o período de tempo fixado para validade do contrato de Seguro.

Vigência da Cobertura Individual: é o período de tempo em que o segurado estará amparado pela(s) cobertura(s) do Seguro.

PREÂMBULO

A aceitação do Seguro, com a conseqüente emissão da APÓLICE, estará sujeita à análise do risco.

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

O SEGURADO poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de Seguros no *site* www.susep.gov.br, por meio de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto não haverá

devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

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

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO

Cláusula 1ª OBJETO DO SEGURO

1.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir ao beneficiário, mediante o recebimento do prêmio, o pagamento do Capital Segurado no caso de ocorrência de um dos eventos cobertos, observadas as coberturas efetivamente contratadas, bem como as demais disposições das Condições Contratuais que regem o Seguro.

Cláusula 2ª COBERTURAS DO SEGURO

2.1 Coberturas:

- a) Morte de participante de EFPC
- b) Invalidez de participante EAPC.

2.1.1 As coberturas poderão ser contratadas isoladamente ou em conjunto.

Cláusula 3ª RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, bem como pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, exceto em casos de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- b) de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- c) do 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;
- d) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- e) de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- f) de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;
- g) do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência da cobertura individual. O beneficiário não terá direito ao capital segurado estipulado quando o Segurado se suicida nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;
- h) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar; e
- i) De sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios.

3.2 Exclusão para Atos Terroristas

a) Não estão cobertos perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo

circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

Cláusula 4ª ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

As garantias do Seguro previstas nestas Condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

Cláusula 5ª CARÊNCIA

5.1 O período de carência será estabelecido na Apólice e será definido de acordo com o Regulamento do Plano de Benefícios mantido pelo Estipulante, sendo contado a partir do início de vigência da cobertura individual.

5.2 O prazo de carência será de, no máximo, 2 (dois) anos, limitado ao prazo correspondente à metade do período de vigência da cobertura individual contratada.

5.3 Não haverá incidência de período de carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

5.4 A Seguradora, a seu critério, poderá substituir ou reduzir o prazo de carência por Declaração Pessoal de Saúde e/ou de Atividades e/ou exame médico.

5.5 O prazo de carência também será aplicado aos aumentos do Capital Segurado que vierem a ser procedidos após iniciada a vigência da cobertura individual seguro, observadas as disposições anteriores.

5.6 Caso o Grupo Segurado seja transferido de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no Seguro pela Apólice anterior, desde que mantidas as mesmas características vigentes na Apólice da congênere.

5.7 O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido na Apólice do Seguro.

Cláusula 6ª CONTRATAÇÃO DO SEGURO

6.1 A contratação do Seguro, bem como a alteração da Apólice, se dará por meio da análise da Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante ou pelo seu representante.

6.2 Qualquer alteração na Apólice em vigor deverá ser realizada por solicitação expressa do Estipulante encaminhada à Seguradora, e estará sujeita à análise de aceitação da mesma.

6.3 A contratação em relação a cada proponente do grupo segurável se dará mediante análise da Proposta de Adesão.

Cláusula 7ª ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1 A aceitação do Seguro para cada componente do Grupo Segurável se dará mediante análise da Proposta de Adesão observadas as particularidades estabelecidas na Proposta de Contratação.

7.2 Poderão ser aceitos todos os proponentes que, na data da entrega da Proposta de Adesão, se encontrarem em plena atividade profissional e em condições normais de saúde, observada ainda a limitação de idade para ingresso.

7.3 Uma vez recebida a Proposta de Adesão, seja para novas adesões ou alterações que impliquem na modificação do risco, a Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias para manifestação sobre sua aceitação ou recusa. A ausência de manifestação por escrito, da Seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, caracterizará a aceitação tácita do risco.

7.3.1 A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares para análise e aceitação do risco, sendo, neste caso, suspensa a contagem do prazo de 15 (quinze) dias mencionado

anteriormente, o qual voltará a contar a partir da data em que se der a entrega da documentação solicitada.

7.4 Havendo manifestação contrária da Seguradora sobre a aceitação do risco, a mesma providenciará, dentro do prazo estabelecido para análise, a comunicação formal ao Estipulante, fundamentando os motivos que ensejaram a recusa do risco.

7.4.1 Caso a Proposta de Adesão tenha sido recepcionada com adiantamento de valores para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, a Seguradora providenciará a devolução ao Estipulante no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data da formalização da recusa.

7.5 A formalização da aceitação do risco por parte da Seguradora se dará mediante emissão do respectivo Certificado Individual no prazo de até 15 (quinze) dias contados da data da aceitação do risco.

7.6 A formalização da aceitação do contrato coletivo se formalizará com a emissão da Apólice pela Seguradora no prazo de até 15 (quinze) dias, a partir da sua aceitação.

Cláusula 8ª VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1 A Apólice terá vigência de 1 (Hum) ano, podendo ser renovada por igual período desde que não haja manifestação contrária das partes nos termos estabelecidos nas presentes Condições Gerais.

8.2 A vigência das coberturas individuais coincidirá, para os proponentes que satisfizerem as condições para sua manutenção no Grupo Segurável inicial, com o período de vigência estabelecido na Apólice. Para os proponentes que ingressarem após iniciada a vigência ou renovação da Apólice, a vigência do risco individual se iniciará na data de aceitação da Proposta de Adesão, e o término de vigência do risco individual coincidirá com o término da vigência da Apólice.

8.3 As Apólices, bem como os Certificados terão seu início e término de vigência às 24 horas da data estabelecida para tal fim neles indicadas.

8.4 A renovação da apólice que não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, poderá ser realizada de forma expressa e por intermédio do Estipulante, através de manifestação formal em até 60 (sessenta) dias que antecederem o vencimento da Apólice em vigor.

8.4.1 A renovação que implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, dependerá de anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

8.5 O desinteresse pela renovação da apólice, ao fim do período de vigência, deverá ser comunicado pela Seguradora ou pelo Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência.

8.6 Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

8.7 O término da vigência se dará às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida para fim do prazo de vigência previsto na Apólice.

Cláusula 9ª CAPITAL SEGURADO

9.1 Entende-se como Capital Segurado o valor a ser pago pela Seguradora ao Beneficiário, no caso de ocorrência de sinistro coberto por este Seguro, vigente na data do evento.

9.2 O Capital Segurado será estabelecido na modalidade de Benefício Definido, e poderá ser equivalente ao saldo residual individual para composição do Fundo de Pensão, apurado pela diferença entre o valor de reserva acumulado até a data do evento e o valor de reserva necessário para garantir o pagamento dos benefícios contratados junto ao Estipulante ou ainda ser estabelecido na forma equivalente ao pecúlio de participante estabelecido no plano de benefícios do Estipulante.

9.3 Em qualquer forma, o Capital Segurado para cada componente do Grupo Segurado corresponderá ao valor do Benefício Definido à Seguradora, estabelecido e declarado no relatório entregue periodicamente pelo Estipulante, observados os limites máximos estabelecidos na Apólice para cada cobertura contratada.

9.3.1 A periodicidade e a forma de entrega do relatório previsto no item anterior, serão estabelecidos de comum acordo entre Estipulante e Seguradora, observada a obrigatoriedade de entrega sempre que houver alterações nos Capitais Segurados dos componentes em vigor.

9.4 O Estipulante, a qualquer tempo, poderá solicitar à Seguradora a alteração dos limites de Capitais estabelecidos na Apólice, ficando a critério da Seguradora sua aceitação, mediante cobrança adicional de prêmio quando for o caso.

9.5 Considera-se com data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação do sinistro:

a) para eventos decorrentes de acidentes pessoais, a data do acidente.

b) para a cobertura de Invalidez quando ocasionada por doença, a data indicada na declaração médica.

c) para as demais situações, a data de ocorrência do evento coberto.

Cláusula 10ª PRÊMIO

10.1 Conforme disposto nas condições contratuais, o custeio do seguro pode ser:

a) **Não-Contributário:** quando o prêmio for pago integralmente pelo Estipulante, sem a participação do Segurado; ou

b) **Contributário:** quando o prêmio for pago total ou parcialmente pelos Segurados.

10.2 Para ambos os tipos de custeio do seguro, o pagamento do prêmio à Seguradora de todos os Segurados incluídos na apólice, se dará, obrigatoriamente pelo Estipulante, sendo que nos seguros contributários mediante o repasse dos valores recolhidos, através da rede bancária, ou outras formas admitidas em lei, até as datas de vencimento estabelecidas no documento de cobrança.

10.3 A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da Apólice.

10.4 Se a data do vencimento de qualquer uma das parcelas do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil posterior em que houver expediente bancário, sem acarretar inadimplência ou atraso no pagamento.

10.5 Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de vencimento do pagamento do prêmio, sem que ainda tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado, desde que o pagamento seja efetuado no prazo acordado.

10.6 Nos seguros não contributários, a falta de pagamento do prêmio por parte do Estipulante nos prazos estipulados acarretará a suspensão das coberturas deste seguro a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de vencimento do prêmio não pago e, em caso de sinistro, o Segurado e seus Beneficiários perderão o direito às garantias do seguro.

10.7 Nos seguros contributários, a falta de recolhimento de qualquer valor referente ao custeio do seguro, ensejará a inadimplência do segurado, ficando suspensa a cobertura do seguro a partir da data prevista do vencimento do recolhimento pelo estipulante.

10.8 Nos seguros custeados integralmente pelo Segurado, o não repasse à Seguradora dos valores recolhidos nos prazos estipulados, sujeitará o Estipulante as cominações legais, sem prejuízo à indenização a que tiver direito o segurado.

10.9 Desde que não superior a 90 (noventa) dias contados da data de suspensão da cobertura, a cobertura poderá ser reabilitada mediante a continuidade do recolhimento dos valores e pagamento do prêmio pelo Estipulante.

10.10 O não recolhimento dos valores referentes ao custeio do seguro e pagamento do prêmio por prazo superior à 90 (noventa) dias, ensejará o cancelamento do Seguro, ficando a cobertura e/ou apólice extinta de pleno direito.

10.11 É vedado ao Estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer importância que exceda o valor destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio de cada Segurado.

10.12 Os tributos serão pagos por quem a Lei determinar.

Cláusula 11ª COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1 Em caso de sinistro, o Estipulante deverá comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados no item 11.3.

11.2 O prazo para pagamento da indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida no item 11.3 destas Condições Gerais. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares para elucidação do evento. Neste caso, a contagem do prazo para o pagamento da indenização será suspensa e voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem entregues todos os documentos solicitados.

11.3 São documentos básicos para elucidação e liquidação do sinistro:

11.3.1 Em caso de Morte:

- a) formulário de Aviso de Sinistro;
 - b) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
 - c) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
 - d) cópia da Proposta de Subscrição e Regulamento do Plano de Benefícios subscrito junto ao Estipulante;
 - e) cópia autenticada da Procuração dando poderes ao signatário receber e dar quitação em nome do Estipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador, quando for o caso.
- 11.3.1.1 Em caso de Morte Acidental, além dos documentos citados anteriormente serão requeridos:
- f) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
 - g) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - h) cópia do Laudo de Necropsia, se houver;
 - i) cópia do BRAT (Boletim de Registro de Acidente de Trânsito), no caso de acidente de trânsito; e
 - j) cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), no caso de acidente de trabalho.

11.3.2 Em caso de Invalidez:

- a) formulário de Aviso de Sinistro;
- b) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) cópia do Comprovante de Concessão de Aposentadoria por Invalidez emitido pela Previdência Oficial, se for o caso;
- d) Declaração Médica atestando a data da invalidez com indicação do registro médico que comprove o quadro clínico incapacitante e causador da invalidez permanente do Segurado;
- e) relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença e a evolução da moléstia que acarretou no quadro clínico de invalidez permanente e definitiva do Segurado;
- f) cópia do Prontuário Médico, incluindo laudos e resultados de exames que embasem o diagnóstico e a evolução quadro clínico de invalidez permanente e definitiva do Segurado;
- g) cópia da Proposta de Subscrição e Regulamento do Plano de Benefícios subscrito junto ao Estipulante;
- h) cópia autenticada da Procuração dando poderes ao signatário receber e dar quitação em nome do Estipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador, quando for o caso.

11.3.2.1 Em caso de invalidez decorrente de Acidente, além dos documentos citados anteriormente serão requeridos:

- a) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- b) cópia do BRAT (Boletim de Registro de Acidente de Trânsito), no caso de acidente de trânsito;
- c) cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho), no caso de acidente de trabalho;
- d) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

11.4 O pagamento de qualquer indenização devida relativa ao presente Seguro será realizado sob a forma de parcela única e será efetuado em até 30 (trinta) dias corridos, após a entrega de todos os documentos básicos relacionados à cobertura.

11.5 Em caso de dúvida fundamentada e justificada, é facultado à Seguradora o direito de solicitar outros documentos, além daqueles mencionados anteriormente, ficando, neste caso, suspenso o período de 30 (trinta) dias para pagamento da indenização até a data em que forem entregues os documentos complementares solicitados pela Seguradora.

11.6 As indenizações serão pagas em moeda corrente nacional.

11.7 Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, ficarão a cargo da Seguradora.

11.8 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

11.9 O não pagamento da indenização no prazo estabelecido implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização monetária, conforme estabelecido na cláusula 15 das presentes Condições Gerais.

Cláusula 12ª PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

12.1 O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

12.2 Se o segurado, o Estipulante, ou o representante de ambos fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Estipulante obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

12.2.1 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado e/ou do Estipulante, a Seguradora poderá:

I - na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II - na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

12.3 O segurado e/ou estipulante perderão o direito ao pagamento do Capital Segurado em caso de inobservância das obrigações convencionadas nas Condições Contratuais deste seguro.

12.4 O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o 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.

12.4.1 A mudança de profissão/ atividade, alteração de residência fixa para outro país ou a prática de esportes violentos ou de risco voluntário, tais como, exemplificativa, mas não exclusivamente como: esportes aéreos, náuticos a motor, lutas e artes marciais, competição automobilística, o exercício de atividades amadora ou profissional a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres e/ou perigosos, são exemplos de incidentes

suscetíveis de agravar o risco coberto, e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que houve silêncio de má-fé. A comunicação desses incidentes é necessária tanto para o Segurado Principal quanto para o Segurado Cônjuge, quando incluído no Seguro.

12.4.2 A 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.

12.4.3 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.

Cláusula 13ª CANCELAMENTO DO SEGURO

13.1 O Seguro ficará automaticamente cancelado na hipótese do valor destinado ao seu custeio não ser pago e/ou recolhido em até 90 (noventa) dias a contar do seu vencimento. O seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações, desde a data do cancelamento, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

13.2 Mediante acordo entre as partes contratantes, a Seguradora ou o Estipulante, poderá solicitar o cancelamento da Apólice, que dependerá de anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

13.3 A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela Sociedade Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

Cláusula 14ª OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

14.1 Constituem obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco individual, incluindo dados cadastrais e a Proposta de Adesão;
- b) informar à Seguradora, na periodicidade estabelecida no Contrato de Seguro, os valores dos Capitais Segurados, bem como a movimentação de segurados da Apólice (entradas e saídas), incluindo as saídas dos participantes decorrentes da percepção do benefício da renda vitalícia, quando for o caso;
- c) 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;
- d) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
- e) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- f) comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, assim que deles tiver conhecimento;
- g) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- h) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- i) nos seguros contributórios, recolher o valor relativo ao custeio da cobertura de cada segurado até a data prevista para tal finalidade e repassá-los à Seguradora na forma e prazos previstos nas presentes Condições Gerais e Contratuais; e
- j) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade.

Cláusula 15ª MULTA E MORA

15.1 A mora da Seguradora constituir-se-á, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável, conforme descrito a seguir:

15.1.1 Caso o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o disposto no item 15.2 destas Condições Gerais, incidirão sobre o valor do capital segurado:

a) Juros moratórios na razão de 0,5% (meio por cento) ao mês "pro rata die" aplicado sobre o valor do Capital Segurado, além de multa de 1% (um por cento), a partir do primeiro dia subsequente ao do término do prazo;

b) Atualização monetária, desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento da indenização, pela variação positiva do IPC-A, com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

15.1.2 Caso ocorra a extinção do índice indicado anteriormente, será utilizado o INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) como índice substituto.

15.2 É facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos além daqueles elencados como Documentação Básica para cada cobertura, que julgar necessários à apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para a liquidação será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

Cláusula 16ª FORO

16.1 O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado ou do Estipulante, conforme o caso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE DE PARTICIPANTE DE EFPC

Cláusula 1ª OBJETO DA COBERTURA

1.1. A presente cobertura tem por objetivo garantir ao beneficiário, o pagamento do Capital Segurado ao Estipulante em caso de morte do segurado durante a vigência do Seguro.

Cláusula 2ª RISCO COBERTO

2.1 Considera-se como risco coberto, a morte do Segurado em decorrência direta e exclusiva de causas naturais ou acidentais.

2.2 O pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de parcela única.

Cláusula 3ª RISCOS EXCLUÍDOS

Aplicam-se à presente cobertura as disposições estabelecidas na Cláusula 3ª – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

Cláusula 4ª CARÊNCIA

4.1 O período de carência para a cobertura será estabelecido na Apólice e será definido de acordo com o Regulamento do Plano de Benefícios mantido pelo Estipulante, sendo contado a partir do início de vigência da cobertura individual.

4.2 O prazo de carência será de, no máximo, 2 (dois) anos, limitado ao prazo correspondente à metade do período de vigência da cobertura individual contratada.

4.3 Não haverá incidência de período de carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

4.4 A Seguradora, a seu critério, poderá substituir ou reduzir o prazo de carência por Declaração Pessoal de Saúde e/ou de Atividades e/ou exame médico.

4.5 O prazo de carência também será aplicado aos aumentos do Capital Segurado que vierem a ser procedidos após iniciada a vigência da cobertura individual seguro, observadas as disposições anteriores.

4.6 Caso o Grupo Segurado seja transferido de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no Seguro pela Apólice anterior, desde que mantidas as mesmas características vigentes na Apólice da congênere.

4.7 O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido na Apólice do Seguro.

Cláusula 5ª CAPITAL SEGURADO

5.1 Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, será considerada “data do evento coberto” a data do falecimento do segurado, constatada através da análise da documentação apresentada.

5.2 O valor do Capital Segurado será calculado conforme estabelecido na Cláusula 9ª - Capitais Segurados das Condições Gerais.

Cláusula 6ª PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 14 - Comunicação e Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

Cláusula 7ª RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ DE PARTICIPANTE DE EFPC

Cláusula 1ª OBJETO DA COBERTURA

1.1. A presente cobertura tem por objetivo garantir ao beneficiário, o pagamento do Capital Segurado ao Estipulante caso o Segurado, em decorrência de doença ou acidente ocorrido durante a vigência da cobertura individual, for considerado permanentemente incapacitado para exercer sua atividade laboral e tenha sido aposentado por invalidez por órgão de Previdência Oficial, devidamente comprovado pelo documento de concessão do benefício.

Cláusula 2ª RISCO COBERTO

2.1 Considera-se como risco coberto, a Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença do Segurado, sendo considerada aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.

2.2 Atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a sua invalidez.

2.3 Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

2.4 Considera-se Paciente Terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 6 (seis) meses da data do diagnóstico.

2.5 A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevivência do Segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

2.6 Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, será considerada "data do evento coberto" a data indicada na "Declaração Médica", como sendo a data a partir da qual a Invalidez se apresentou caracterizada.

2.7 O pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de parcela única.

Cláusula 3ª RISCOS EXCLUÍDOS

Aplicam-se à presente cobertura as disposições estabelecidas na Cláusula 3ª – Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro.

Cláusula 4ª CARÊNCIA

4.1 O período de carência para a cobertura será estabelecido na Apólice e será definido de acordo com o Regulamento do Plano de Benefícios mantido pelo Estipulante, sendo contado a partir do início de vigência da cobertura individual.

4.2 O prazo de carência será de, no máximo, 2 (dois) anos, limitado ao prazo correspondente à metade do período de vigência da cobertura individual contratada.

4.3 Não haverá incidência de período de carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

4.4 A Seguradora, a seu critério, poderá substituir ou reduzir o prazo de carência por Declaração Pessoal de Saúde e/ou de Atividades e/ou exame médico.

4.5 O prazo de carência também será aplicado aos aumentos do Capital Segurado que vierem a ser procedidos após iniciada a vigência da cobertura individual seguro, observadas as disposições anteriores.

4.6 Caso o Grupo Segurado seja transferido de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no Seguro pela Apólice anterior, desde que mantidas as mesmas características vigentes na Apólice da congênera.

4.7 O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido na Apólice do Seguro.

Cláusula 5ª CAPITAL SEGURADO

5.1 Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, será considerada "data do evento coberto" a data indicada na "Declaração Médica", como sendo a data a partir da qual a Invalidez se apresentou caracterizada.

5.2 O valor do Capital Segurado será calculado conforme estabelecido na Cláusula 9ª - Capitais Segurados das Condições Gerais.

Cláusula 6ª PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 14 - Comunicação e Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

Cláusula 7ª RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.