



CONDIÇÕES GERAIS

Seguro de Vida em Grupo

Ramo 0993



ÍNDICE

1. OBJETIVO DO SEGURO	2
2. ÂMBITO GEOGRÁFICO	2
3. DEFINIÇÕES – TERMOS TÉCNICOS	2
4. COBERTURAS	8
5. CONTRATAÇÃO DO SEGURO	9
6. ACEITAÇÃO DO SEGURO	10
7. VIGÊNCIA DO SEGURO	12
8. BENEFICIÁRIOS	12
9. RISCOS COBERTOS	14
10. RISCOS EXCLUIDOS	14
11. CAPITAL SEGURADO	15
12. PAGAMENTO DO PRÊMIO	16
13. RECÁLCULO E REAVALIZAÇÃO DO PRÊMIO	17
14. RENOVAÇÃO	18
15. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO	19
16. INDENIZAÇÃO	19
17. JUNTA MÉDICA	20
18. PERÍCIA DA SEGURADORA	21
19. PAGAMENTO, ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS	21
20. PERDA DE DIREITOS	21
21. ALTERAÇÃO DA APÓLICE	23
22. CANCELAMENTO E NÃO RENOVAÇÃO	23
23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	25
24. COMUNICAÇÕES	26
25. PRESCRIÇÃO	26
26. OUVIDORIA	26
27. INFORMAÇÕES GERAIS	27
28. FORO	27



CONDIÇÃO GERAL SEGURO VIDA EM GRUPO

1. OBJETIVO DO SEGURO

O Seguro **VIDA EM GRUPO AIG SEGUROS BRASIL** é um seguro de vida em grupo contributivo ou não, dependendo da escolha do estipulante, com contratação diferenciada, cujas garantias cobrem a totalidade dos empregados ativos da empresa incluídos no plano de seguro.

Apresentamos a seguir as Condições Gerais do seguro, que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.

Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às garantias contratadas, desprezando-se quaisquer outras.

2. ÂMBITO GEOGRÁFICO

O âmbito geográfico será definido em cada uma das Cláusulas Especiais ou Suplementares contratadas.

3. DEFINIÇÕES – 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 nesse conceito:**

- O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- Os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- 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:

- As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- 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';

Agravo Mórbido: Piora de uma doença

Alienação Mental: Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

Aparelho Locomotor: Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

Apólice: Documento emitido pela seguradora, formalizando a aceitação da garantia solicitada pelo estipulante.

Atividade Laborativa: Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

Auxílio: A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.



Ato Médico: Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

Beneficiário: pessoa física ou jurídica, designada para receber o valor da indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Capital Segurado: valor máximo da indenização a ser pago pela seguradora, definido na apólice.

Cardiopatia Grave: Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do Consenso Nacional de Cardiopatia Grave.

Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à garantia do seguro nem ao pagamento de qualquer indenização. Não haverá carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais. O limite máximo de carência varia conforme a cobertura, mas não será em nenhuma hipótese superior a 2 (dois) anos.

Certificado: É o documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora quando da aceitação do proponente ou de alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

Cognição: Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

Conectividade com a Vida: Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

Consumpção: Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Condições Especiais: é o contrato anexo a estas condições gerais, que especifica cada uma das coberturas que integram este seguro.

Condições Gerais: é este conjunto de cláusulas que regem o seguro, juntamente com as condições especiais.

Dados Antropométricos: No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do segurado.

Deambular: Ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.



Declaração Médica: Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Declaração Pessoal de Saúde: É o documento em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação sob forma coletiva, manifestando-se pelo conhecimento e aceitação do seguro e suas condições.

Deficiência Visual: Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

Dependentes: São o Cônjuge ou Companheiro(a), o(s) filho(s), o(s) enteado(s), desde que sejam menores e dependentes do Segurado, de acordo com a Legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, quando incluídos no Seguro e desde que, não estejam relacionados como Segurados.

Disfunção Imunológica: Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

Doença Crônica: Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

Doença Crônica em Atividade: Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

Doença Crônica de Caráter Progressivo: Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

Doença em Estágio Terminal: Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

Doença Neoplásica Maligna Ativa: Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

Doença Preexistente: São as doenças de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.

Doença Profissional: Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.



Dolo: É um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, que não depende da vontade do Segurado, ocorrido durante a vigência do seguro, e que, com base na cobertura contratada, dá direito ao pagamento de uma indenização.

Estados Conexos: Representa o relacionamento consciente e normal do segurado com meio externo.

Estipulante: É a pessoa jurídica, que contrata a apólice coletiva de seguro, investida dos poderes de representação dos segurados nos termos da Legislação e da regulamentação em vigor.

Etiologia: Causa de cada doença.

Fatores de Risco e Morbidade: Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ele interage.

Franquia: é o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização.

Garantias: São as obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas Condições Contratuais.

Grupo Segurável: É o conjunto de pessoas, homogêneo em relação a uma ou mais características, expressas por um vínculo concreto a uma pessoa jurídica, empregador ou associação, bem como seus dependentes.

Grupo Segurado: É o conjunto de pessoas do grupo segurável efetivamente aceito no seguro e cuja cobertura esteja em vigor.

Hígido: Saudável

Indenização: é o valor a ser pago pela seguradora ao segurado, ou a seu beneficiário, conforme o caso, quando da ocorrência de um evento coberto.

Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco contratadas serão garantidas pela Seguradora.



Médico: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do segurado. **Não serão aceitos como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

Prêmio: é o valor pago pelo Segurado à Seguradora para que esta preste a garantia referente aos riscos cobertos pelo seguro.

Prescrição: Extingue o direito de uma pessoa a exigir de outra uma prestação (ação ou omissão), ou seja, provoca a extinção da pretensão, quando não exercida no prazo definido em Lei. O prazo prescricional para toda e qualquer pretensão do segurado e vice-versa, é de 1(um) ano, contando-se este prazo da ciência do fato gerador da pretensão.

Prognóstico: Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e temo de uma doença.

Proposta de Contratação: É o documento mediante o qual o estipulante expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as garantias e capitais segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nestas Condições Contratuais.

Proponente: o interessado em aderir ao contrato de seguro.

Pró-Rata (Temporis): É o método de se calcular o prêmio do seguro, proporcional aos dias de vigência do contrato.

Quadro Clínico: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

Recidiva: Reaparecimento de um doença algum tempo depois de um acontecimento.

Refratariedade Terapêutica: Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

Relações Existenciais: Aqueles que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

Segurado: é a pessoa física sujeita ao risco e sobre a qual se estabelecerá o seguro.



Seguradora: É a empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro. É a AIG Seguros Brasil S.A.

Seguro Contributário: Seguro no qual onde há a participação do segurado em parte ou, na totalidade, do prêmio de seguro.

Seguro Não Contributário: Seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do estipulante.

Sentido de Orientação: Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

Sequela: Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

Sinistro: É a ocorrência do evento coberto durante o período de vigência da apólice.

Transferência Corporal: Capacidade do segurado se deslocar de um local para o outro, sem qualquer auxílio.

Vigência: é o período pelo qual está contratado o seguro.

4. COBERTURAS

- **Cobertura Básica:** Morte

- **Coberturas Adicionais:**
 - Indenização Especial de Morte Acidental - IEA
 - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
 - Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
 - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPTD
 - Doenças Graves – DG
 - Perda Involuntária de Emprego – PIDE
 - Incapacidade Total e Temporária – ITT
 - Rescisão Trabalhista – RT
 - Doenças Congênitas de Filhos – DCF
 - Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas – DMHO
 - Diária por Internação Hospitalar por Acidente – DIHA
 - Diária por Incapacidade Temporária por Acidente – DITA
 - Fratura de Ossos - Acidente
 - Auxílio-Funeral por Morte – AF
 - Auxílio Alimentação por Morte- AAL
 - Indenização Complementar por Morte - ACM



- **Cláusulas Suplementares:**
 - Inclusão Automática de Cônjuges – IAC
 - Inclusão Automática de Filhos – IAF
 - Indenização Especial para Filhos – IEF

4.1. Condições para Aceitação das Coberturas:

- a) A cobertura básica é de contratação obrigatória;
- b) As coberturas adicionais e cláusulas suplementares são livremente escolhidas pelo Estipulante, observados os limites estabelecidos para a contratação e, em nenhuma hipótese, poderão ser contratadas isoladas da garantia básica;
- c) O conjunto de coberturas contratadas será concedido para todo o grupo segurado, respeitando-se as condições de elegibilidade de cada indivíduo;
- d) As coberturas de Perda Involuntária de Emprego e Incapacidade Total e Temporária não se somam, para um mesmo segurado. Em caso de sinistro, será concedida somente a garantia que cubra a ocupação que gere a maior parte do rendimento do segurado.

5. CONTRATAÇÃO DO SEGURO

A contratação do seguro é realizada mediante a apresentação obrigatória da Proposta de Contratação, assinada pelo Estipulante do seguro.

A proposta de contratação deverá conter os seguintes dados mínimos: nome da seguradora que responde pelo risco, os nomes e percentuais das co-seguradoras, se for o caso; as Condições Contratuais específicas do seguro, capital segurado aplicável (critério e fixação), alteração, atualização monetária e respectivo índice adotado quando houver, carência individual ou coletiva quando aplicável, composição das coberturas contratadas e, dados pertinentes ao corretor do seguro, ou seja, nome e nº de registro em SUSEP.

A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo Estipulante na proposta de contratação. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

Se for constatado que o grupo segurado difere daquele que serviu de base para o cálculo atuarial, a seguradora se reserva o direito de recalculas as taxas. Na hipótese do Estipulante não aceitar as novas taxas propostas, a apólice será cancelada pela seguradora.



Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na proposta, o estipulante deverá solicitar à Seguradora, por escrito, dentro do prazo de 1 mês a contar da data de emissão da mesma, que corrijam as divergências existentes. **Decorrido este prazo, considerar-se-á o disposto na apólice.**

As coberturas adicionais só poderão ser concedidas para a totalidade do grupo segurado e, em nenhuma hipótese, isoladas da cobertura básica.

Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma para outra apólice, da mesma ou de outra seguradora, devem ser mantidos no seguro os componentes principais afastados do trabalho desde que, no momento da cotação os mesmos tenham sido devidamente informados à seguradora bem como as causas de seus afastamentos.

A adesão à apólice coletiva será realizada mediante assinatura da proposta de adesão pelo proponente (Pessoa Física), e as condições contratuais do seguro estarão a disposição do mesmo previamente à assinatura da respectiva proposta de adesão, devendo o proponente (Pessoa Física), seu representante ou seu corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das Condições Contratuais

Para fins deste seguro e de acordo com a opção definida na Proposta de Contratação e constante nas Condições Contratuais o custeio poderá ser:

- a) Não Contributário, em que os Segurados não pagam prêmio, ou;
- b) Contributário, em que os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

A aceitação do seguro estará sujeira à análise de risco, e a seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contados da data do recebimento da proposta de adesão, seja para seguros novos ou para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos ou ainda para as renovações. Caberá à seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta de adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora do seu recebimento.

Durante esse prazo, a seguradora poderá solicitar documentos complementares, apenas uma vez. Neste caso, o prazo será suspenso quando a seguradora solicitar informações e ou documentos complementares para a análise do risco, voltando a correr no primeiro dia útil após o atendimento da exigência.



O pagamento do prêmio antecipadamente não implica em aceitação automática do risco pela seguradora, entretanto, nesta hipótese, durante o período em que a seguradora analisar o risco vigorará a cobertura provisória com o devido pagamento do prêmio proporcional.

A ausência de comunicação da seguradora, por escrito, no prazo acima, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

Caso o seguro venha a ser recusado, dentro do prazo estipulado, a seguradora enviará uma correspondência ao Estipulante ou ao seu corretor, especificando e justificando os motivos da recusa. Na hipótese em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos sujeitam-se a atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preço ao Consumidor Ampliado (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir da formalização da recusa até a data efetiva da restituição pela seguradora, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

No caso de doença ou de invalidez preexistente, informada na Declaração Pessoal de Saúde constante da Proposta de Adesão, a seguradora poderá aceitar o proponente com restrições de cobertura, excluindo os eventos que venham a ser causados pela doença ou pela invalidez informada.

A aceitação está limitada em caso de apólices que admitam cobertura de grupo de aposentados. **Aposentados por tempo de serviço poderão ser incluídos** nas apólices que admitam a respectiva cobertura deste grupo com direito a todas as coberturas do seguro, inclusive IFPTD.

Aposentados por Invalidez que não tenham recebido indenização de IFPTD (ou IPD) em outra seguradora terão direito a todas as coberturas, exceto Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPTD) e Doenças Graves (DG).

Aposentados por Invalidez que já tenham recebido indenização de IFPTD (ou IPD) em outra seguradora não serão aceitos. Em todos os casos é necessário que os mesmos atendam a todas as demais condições previstas para a aceitação de proponentes, estabelecidas no contrato.

A aceitação do seguro implicará na emissão, por parte da seguradora, de Certificado Individual de Seguro, que será entregue ao Estipulante.

Com a entrega dos Certificados Individuais ao Estipulante, a seguradora passa a este a obrigação de entregar os Certificados Individuais aos segurados.



7. VIGÊNCIA DO SEGURO

O início de vigência do seguro Vida em Grupo AIG Seguros Brasil será a partir das 24:00 horas do dia da aceitação da proposta de contratação pela Seguradora quando não houver o pagamento do prêmio. Nos casos em que houver a antecipação parcial ou total do prêmio, o início da vigência será às 24 (vinte e quatro) horas da data da recepção da proposta pela seguradora, podendo ser renovado automaticamente somente uma vez.

O início e término da vigência do risco individual será às 24:00 (vinte e quatro) horas das datas previstas no Certificado para tal fim.

8. BENEFICIÁRIOS

Para as coberturas:

- **Morte;**
- **Indenização Especial por Acidente;**
- **Doença Congênita de Filho(s);**
- **Auxílio Funeral por Morte;**
- **Auxílio Alimentação por Morte;**
- **Indenização Complementar por Morte;**

A indicação de beneficiários é de livre escolha do Segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito e que deverá ser mantida em poder do Estipulante.

Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado à cada um.

Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o capital segurado ao antigo beneficiário designado.

Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

A falta de indicação expressa de beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei:



- a) Para segurado casado ou em união estável: 50% ao cônjuge ou companheiro (a) (devidamente reconhecido pela previdência social), se houver, e 50% aos herdeiros legais;
- b) Na falta dos herdeiros legais, será pago 100% da indenização ao cônjuge ou companheiro (a) reconhecido (a) na forma da lei;
- c) Na falta do cônjuge ou companheiro (a) reconhecidos na forma da lei será pago 100% da indenização aos herdeiros legais do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária e,
- d) Na falta de cônjuge, companheiro (a) e herdeiros legais (respeitada a ordem de vocação hereditária), serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

Para as coberturas:

- **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;**
- **Invalidez Permanente Total por Acidente;**
- **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;**
- **Doenças Graves;**
- **Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas;**
- **Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente;**
- **Diárias por Incapacidade Física Temporária decorrente por Acidente;**
- **Quebra de Ossos;**
- **Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge;**
- **Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Filhos**

Para as coberturas acima descritas, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com esta cláusula beneficiária.



Para as coberturas:

- Perda Involuntária de Emprego;
- Incapacidade Total Física Temporária;
- Rescisão Trabalhista.

Salvo expressa menção em contrário na Apólice, o beneficiário do seguro será o Estipulante ou a Pessoa Jurídica com legítimo interesse na operação segurada, que for designada através de autorização expressa do Estipulante.

Para a cobertura de Indenização Especial para Filhos:

O(s) beneficiário(s) será(ão) o(s) filho(s) do segurado principal, considerados dependentes, nos termos previstos no Regulamento do Imposto de Renda e/ou Previdência Social.

9. RISCOS COBERTOS

Serão considerados como riscos cobertos aqueles eventos definidos nas condições especiais de cada cobertura.

10. RISCOS EXCLUIDOS

Estão expressamente excluídos da cobertura deste seguro os eventos em consequência de:

- a) **Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **Invasões, hostilidades, 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 de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **Não obstante o que em contrário possam dispor as condições gerais, especiais e/ou contratuais do presente seguro, fica entendido e acordado que, para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;**



- d) Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;**
- e) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e envenenamento, exceto por absorção de substâncias tóxicas ou por escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;**
- f) Doação e transplantes de órgãos intervivos;**
- g) O beneficiário não terá direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme o art. 798 do Código Civil;**
- h) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- i) Quaisquer conseqüências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro;**
- j) Atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes ou administradores, pelos beneficiários ou pelos respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;**
- k) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.**

11. CAPITAL SEGURADO

Os capitais segurados de cada uma das coberturas contratadas serão aqueles definidos na proposta e na apólice, e serão atualizados monetariamente.

Eventual pagamento de indenização pela Seguradora, se devido, considerará o valor do capital segurado vigente na data da ocorrência do risco coberto.



12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

Para garantir seu direito à cobertura, o estipulante deverá efetuar o pagamento do prêmio do seguro até a data de vencimento.

O prêmio do seguro poderá ser pago mensal ou anualmente durante o período de vigência da apólice e a forma e a periodicidade de cobrança, serão estabelecidas no ato da contratação.

Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o estipulante poderá efetuar o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas.

Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, este poderá ser pago até 75º dia posterior ao vencimento da fatura em atraso, e será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança de prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

O pagamento do prêmio realizado no período de até 90 (noventa) dias após o seu vencimento será efetuado pelo valor do prêmio vencido, acrescido de multa de 2% (dois por cento) mais juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, calculados em base pro rata die, da data de vencimento até a data do efetivo pagamento.

A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao estipulante, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação do(s) faturamento(s) do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato, que será efetuado ainda que o Estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

Decorrido o prazo de 90 (noventa) dias e, não ocorrendo o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reativada. Havendo interesse do segurado, deverá ser contratado um novo seguro, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento. Neste caso não caberá qualquer restituição dos prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de um faturamento mensal não quita nem dá direito ao segurado à cobertura do seguro se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.



O Estipulante obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição de tal correspondência.

Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos, atualizados segundo a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando o período, pro rata temporis, em que vigorou a cobertura.

No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos a atualização monetária a partir da data de recebimento, até a data da devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.

De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio, nos primeiros 24 meses de vigência inicial do contrato, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.

Nos seguros em que a forma de custeio for contributária, se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do Seguro, respondendo a Seguradora, até o cancelamento da apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

13. RECÁLCULO E REAVALIZAÇÃO DO PRÊMIO

Recálculo:

O prêmio do seguro será recalculado anualmente em função das alterações ocorridas no grupo segurado naquele período. A seguradora reserva-se o direito de recalculá-lo e alterá-lo antes da data prevista, com prévio aviso ao estipulante, caso venha ocorrer alteração significativa no grupo segurado que possa influir na taxa alterando-a em mais de 10% (dez por cento).

Reavaliação:

As características do seguro, como prêmios, coberturas e limites, serão reavaliados anualmente, tomando-se como base a experiência no período anterior, para manter o equilíbrio técnico-atuarial da apólice. Quando houver necessidade de alteração do prêmio, isto será feito em comum acordo entre as partes.

Caso haja alteração das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.



14. RENOVAÇÃO

A apólice é emitida pelo prazo determinado no contrato e poderá ser renovada automaticamente, por igual período, uma única vez, **caso não haja expressa desistência do estipulante ou da seguradora até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência.** As renovações posteriores ocorrerão somente mediante expressa solicitação do estipulante e desde que não implique em ônus ou dever para os segurados, ou redução de seus direitos.

No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, a cobertura de cada segurado cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.

Na renovação da apólice será emitido pela seguradora o Certificado do Seguro, contendo, no mínimo, as informações requeridas através da Circular SUSEP 491 de 09 de Julho de 2014.

Caso seja renovada cobertura para segurados dependentes, o certificado individual será entregue ao segurado principal contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes, os capitais segurados de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes e o prêmio total.

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 pelo menos três quartos do grupo segurado.

Anualmente será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo.

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

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



15. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO

Os valores do prêmio e do Capital Segurado serão reajustados anualmente na data de aniversário do seguro, com base na variação salarial praticada no período, informada pelo estipulante.

16. INDENIZAÇÃO

Quando ocorrer um evento coberto por este seguro, o segurado ou o beneficiário, conforme o caso, deverá comprovar a sua ocorrência, apresentando à seguradora os documentos listados nas condições especiais e esclarecendo todas as circunstâncias a ele relacionadas.

A seguradora, após receber o aviso de sinistro e os respectivos documentos, verificará se o evento ocorrido é um risco coberto e, portanto, se o segurado ou o beneficiário tem direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da indenização, sob a forma de parcela única.

A seguradora poderá solicitar uma única vez, em caso de dúvida fundada e justificável, outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares além daqueles descritos nas condições especiais.

As despesas efetuadas com a comprovação do risco coberto ficam por conta do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, exceto aquelas que a seguradora realizar diretamente.

Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da seguradora.

O ressarcimento de despesas efetuadas no exterior, quando devido, será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

As medidas que a seguradora praticar tentando apurar o risco coberto **não significa, por si mesmas, que está reconhecido o risco, nem que haverá qualquer pagamento de indenização. O pagamento da indenização somente será realizado após a efetiva comprovação do risco coberto.**

A partir da data do recebimento de toda a documentação exigida, e comprovado o risco coberto, a seguradora efetuará o pagamento da indenização no prazo de 30 (trinta) dias.



Se a seguradora pedir documentos complementares ou a constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, e voltará a correr a partir do primeiro dia útil posterior à entrega, realização da junta ou manifestação expressa do interessado de que não irá apresentar tais documentos ou se submeter à junta.

O pagamento da indenização será feito por meio de crédito em conta bancária, cheque nominativo ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou praça indicada pelo Segurado ou pelo beneficiário, conforme o caso.

O valor da indenização será atualizado na data de ocorrência do risco coberto. Caso a seguradora exceda o prazo de 30 (trinta) dias, incidirão juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao mês, calculados em base *pro rata die*, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento e atualização monetária.

Quando houver pagamento de Prêmio Único ou de Periodicidade Anual, os capitais segurados pagáveis por Morte ou Invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

17. JUNTA MÉDICA

Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, será proposto pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, 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.

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.

A junta médica deverá ser realizada somente quando houver divergências, do caráter da invalidez, entre o médico do segurado e o médico perito da seguradora.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.



18. PERÍCIA DA SEGURADORA

No caso de incapacidade, o segurado, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, que estarão disponíveis apenas para o Segurado, seu médico e a Seguradora.

Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

19. PAGAMENTO, ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

Os valores das obrigações pecuniárias referentes a este Seguro sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do **Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE)**, desde a data do evento, na hipótese de não cumprimento do prazo para o respectivo pagamento.

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

Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o **Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE)** ou, caso não seja possível, qualquer outro índice que venha a ser determinado pela autoridade competente.

O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

20. PERDA DE DIREITOS

O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando:

- a) Deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;
- b) Agravar intencionalmente o risco segurado;

c) Por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus propositos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e ou seu representante legal procurar obter benefícios do presente contrato;

d) fizer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I Na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou 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 indenização parcial: 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 mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado, ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III Na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: 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.

e) deixar de comunicar imediatamente à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé;

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 contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.



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

Na hipótese de continuidade do contrato, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

f) O sinistro decorrer de dolo do segurado, má fé, fraude e/ou simulação.

21. ALTERAÇÃO DA APÓLICE

Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e receber concordância de ambas as partes contratantes.

Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

22. CANCELAMENTO E NÃO RENOVAÇÃO

A apólice mencionada nestas Condições Contratuais poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo estipulante, e com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Neste caso a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “pro-rata-temporis”.

O prêmio a ser devolvido, se houver, será corrigido pelo índice IPCA/IBGE, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa do segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.

As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência do seguro, pela Seguradora, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.



No caso de cancelamento total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

I - a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

II - quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de cancelamento a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no § 4º do art. 46 da Circular SUSEP 302 de 2005

A cobertura do risco individual termina:

- a) No final do prazo de vigência da apólice coletiva, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;
- b) Em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Contratuais;
- c) Com a exclusão do segurado da apólice pelo pagamento da Indenização por Morte, Indenização Especial por Morte Acidental, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e Indenização por Doenças Graves e,
- d) Por cessação do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago.

Se o estipulante deixar de repassar à seguradora as mensalidades pagas pelos segurados e mesmo que os segurados possuam comprovantes destes pagamentos, tal fato constituirá motivo para o cancelamento do seguro, uma vez que caracteriza a inadimplência, ficando o estipulante sujeito às cominações legais. Neste caso, a seguradora fica autorizada a emitir faturas individuais em nome dos segurados.

A não renovação da apólice se dará quando expirar o prazo de sua validade ou, antes disso, o cancelamento, se houver o consentimento de $\frac{3}{4}$ do grupo segurado ou ainda, pela falta de pagamento do prêmio conforme o item 12 destas condições contratuais.

Para fins a que se refere o parágrafo acima, define-se como prazo de validade o período de tempo compreendido entre a data de emissão da apólice e seu vencimento.



23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

São Obrigações do Estipulante:

- a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a sociedade seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, 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 à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) Discriminar o nome 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, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;



- 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 co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

24. COMUNICAÇÕES

As comunicações do segurado ou estipulante deverão ser feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da seguradora ou via Central de Atendimento. As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na Apólice.

As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado ou estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do estipulante.

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

25. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

26. OUVIDORIA

Com intuito de ampliar os canais de comunicação e estreitar o relacionamento com o nosso cliente, desde 20 de maio divulgamos alguns canais exclusivos para a Ouvidoria AIG.

A Ouvidoria é um componente organizacional da empresa voltado para ser um interlocutor entre os consumidores e a AIG. O canal atende as manifestações dos clientes, registradas sob a forma de reclamações, denúncias, sugestões, críticas e elogios.

A informação sobre os novos canais foram divulgadas no site da empresa.

As reclamações deverão ser endereçadas à:

Telefone: 0800 724 0219

E-mail: ouvidoria@aig.com



27. INFORMAÇÕES GERAIS

Este seguro foi estruturado no regime de repartição simples, **o qual não permite resgate ou devolução dos prêmios pagos, mesmo em caso de cancelamento do Seguro.**

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

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

28. FORO

Fica eleito o foro do domicílio do segurado para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

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