



centauroseguradora.com.br



CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO INDIVIDUAL

SEGURO VIDA TEMPORÁRIO



CENTAURO
Seguros para viver

CENTAURO & CONSTELLATION INSURANCE, INC

APRESENTAÇÃO

Apresentamos as Condições Gerais do Seguro Vida Temporário, que regulamentam o funcionamento da apólice de seguro contratada.

Para todos os efeitos, serão consideradas exclusivamente as disposições referentes às coberturas especificadas e contratadas pelo segurado, desconsiderando quaisquer outras que não estejam expressamente descritas na apólice e nestas Condições Gerais.

Nos casos não previstos neste documento, aplicam-se as normas legais e regulamentares vigentes que regem os contratos de seguro no Brasil.

Ao contratar o seguro, o segurado declara ter conhecimento destas Condições Gerais e Especiais, comprometendo-se a observá-las, especialmente no que se refere às cláusulas que estabelecem limitações, exclusões e obrigações contratuais.

Recomendamos a leitura atenta de todo o conteúdo, para melhor compreensão das condições do seguro.

As coberturas efetivamente contratadas estarão descritas na apólice ou no documento contratual correspondente.

DISPOSIÇÕES INICIAIS

- a) A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;
- b) O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep; e
- c) O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.
- d) As condições contratuais deste produto protocolizadas pela Centauro Vida e Previdência S/A junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo 15414.601530/2020-37.

ÍNDICE

1. DEFINIÇÕES	4
2. CONDIÇÕES QUE REGEM O SEGURO	7
3. OBJETIVO DO SEGURO	8
4. COBERTURAS DO SEGURO	8
5. DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO	8
6. RISCOS EXCLUÍDOS	8
7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS	9
8. CARÊNCIAS E FRANQUIAS	9
9. ACEITAÇÃO DO SEGURO	10
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	11
11. CAPITAL SEGURADO	11
12. VALORES GARANTIDOS	12
13. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES	13
14. CUSTEIO DO SEGURO	13
15. DOS PRÊMIOS DO SEGURO	13
16. RESOLUÇÃO DO CONTRATO E CANCELAMENTO DO SEGURO	14
17. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	15
18. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO	16
19. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	17
20. MODIFICAÇÕES DE RISCO	18
21. BENEFICIÁRIOS	18
22. PESSOAS POLITICAMENTE EXPOSTAS	19
23. ALTERAÇÃO CONTRATUAL	20
24. FORO	20
25. PRESCRIÇÃO	20
26. MUDANÇA NA LEGISLAÇÃO TRIBUTÁRIA	20
27. CLÁUSULA DE EXCLUSÃO POR EMBARGOS E SANÇÕES	20

1. DEFINIÇÕES

Aceitação da Proposta de Contratação: ocorrerá quando, findo o período de análise do risco, todas as coberturas constantes da proposta de contratação forem aceitas pela seguradora.

Acidente pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal, observado o prazo de carência aplicado a esse evento.

Agravamento do risco: a ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

Apólice: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

Atividade Insalubre: serão consideradas atividades ou operações insalubres, aquelas definidas pelos órgãos oficiais competentes, e que por sua natureza, condições ou métodos de trabalho, exponham os empregados a agentes nocivos à saúde acima dos limites de tolerância fixados em razão da natureza e da intensidade do agente e do tempo de exposição aos seus efeitos, ou ainda, as que o empregado em decorrência do seu exercício, receba em sua remuneração, adicional a título de insalubridade.

Atividade com Periculosidade: são consideradas atividades ou operações perigosas, na forma da regulamentação aprovada pelo Ministério do Trabalho e Emprego, aquelas que sejam exercidas em contato permanente com inflamáveis e explosivos, as exercidas em condições de risco à integridade física do trabalhador, ou ainda, as que o empregado em decorrência do seu exercício, receba em sua remuneração, adicional a título de periculosidade.

Ato Doloso: ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

Ato Ilícito: toda a ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um Sinistro, que o segurado ou o beneficiário deverá encaminhar à seguradora, assim que tenha conhecimento do evento passível de Cobertura.

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

Boa-fé: um dos princípios básicos do seguro, exigido expressamente pela lei, pelo qual as partes se obrigam a atuar com honestidade recíproca, dando à outra a convicção de ter agido nos termos da Lei, ou de estarem os seus atos amparados.

Capital segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

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 indenização dos capitais segurados contratados.

Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

Certificado Individual: documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

Cobertura do Seguro: compromisso da Seguradora no pagamento de um Capital Segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes nas Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, do Contrato de Seguro, da Proposta de Contratação e do Certificado Individual.

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

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

Consignante: pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

Corretor de Seguros: profissional habilitado e autorizado a angariar e promover Contratos de Seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nos prêmios.

Data do evento: data de ocorrência do evento / risco coberto.

Declaração Pessoal de Saúde: documento formal e legal, integrante da proposta de contratação e do Formulário de Informações Médicas, em que o segurado presta informações sobre suas condições de saúde e suas atividades na data de assinatura dos referidos documentos, assinando-o e responsabilizando-o pela veracidade e integralidade das informações prestadas.

Doença Preexistente: são todas as doenças, distúrbios ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua assinatura da proposta de contratação, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data de assinatura da proposta de contratação e não foram declaradas na mesma. Estas doenças, distúrbios ou lesões poderão ser identificados pela seguradora, por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

Endosso: documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

Evento coberto: acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante a vigência e que acarreta obrigações pecuniárias à seguradora em favor do segurado ou de seu(s) beneficiário(s).

Formulário de aviso de sinistro: documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora.

Foro: refere-se à localização do órgão do Poder Judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos deste contrato.

Franquia: período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir da data da ocorrência do

evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

Fraude: obtenção, para si ou para outrem, de vantagem ilícita, financeira ou material, em prejuízo alheio, mantendo ou até induzindo alguém em erro, mediante ardil, artifício ou qualquer outro meio que possa enganar. Nos termos da legislação penal brasileira, é uma das formas de estelionato.

Glossário: dicionário de termos técnicos e científicos.

Indenização: valor que a seguradora deverá pagar ao beneficiário quando da ocorrência de um evento coberto, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

Informações Relevantes: são os dados, fatos ou circunstâncias que o segurado deve declarar para a seguradora e que tenham ocorrência e ciência de sua existência antes da contratação, sejam elas decorrentes de pareceres médicos, exames, consultas médicas e que influenciem diretamente na aceitação da proposta, independentemente da existência de um questionamento pela seguradora de forma específica, mas que decorram do histórico de saúde do segurado.

Início de vigência do seguro: data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.

IPCA: Índice de Preços ao Consumidor Amplo, medido mensalmente pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

Laudo médico: documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do segurado.

Má-fé: agir de modo contrário a lei ou ao direito de forma proposital com a finalidade de lesar direito de terceiro.

Médico assistente: profissional legalmente licenciado para a prática de medicina e que seja o responsável pelo tratamento de uma pessoa ou que estejam emitindo documentos médicos (relatórios, atestados, declarações etc.). Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

Omissão: no seguro, é a ocultação de fato ou circunstâncias que, se fossem revelados, levariam o segurador a recusar o contrato, ou a aceitá-lo com agravações tarifárias e/ou outras condições.

Período de análise do risco: período de 25 (vinte e cinco) dias, a serem contados a partir do dia de recebimento, pela seguradora, da proposta de contratação, devidamente preenchida e assinada pelo proponente e dos documentos complementares solicitados.

Período de cobertura: período em que o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados, em caso de sinistro coberto pelo seguro.

Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do 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 por lei.

Proponente: pessoa que propõe a contratação do seguro e que passará à condição de segurado somente após

sua aceitação pela seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

Proposta de contratação: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, mediante o qual o proponente expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas) junto a esta seguradora, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC): valor da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder calculado conforme previsto na nota técnica atuarial do plano.

Regime Financeiro de Capitalização: a estrutura técnica em que os prêmios são determinados de modo a gerar receitas financeiras e atuariais capazes de, capitalizadas durante o período de cobertura, produzir montantes equivalentes aos valores atuais dos capitais segurados a serem pagos no respectivo período.

Regulação de Sinistros: conjunto de procedimentos para a apuração das causas e circunstâncias que ocasionaram o sinistro que tem por objetivo validar a caracterização do risco.

Resgate: permite ao segurado, antes da ocorrência do sinistro, o resgate de recursos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.

Resilição do Contrato: é a extinção de contrato, sem efeito retroativo, que se dá por meio de acordo firmado entre os interessados, podendo ainda ser implementada por ato unilateral de uma das partes.

Riscos excluídos: eventos preestabelecidos nas Condições Gerais e Especiais do seguro, que isentam a seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

Segurado: Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Seguradora: companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, que nos termos destas Condições Gerais é a **CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA SA.**

Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

SUSEP: Superintendência de Seguros Privados, autarquia vinculada ao Ministério da Fazenda, que tem como atribuição a fiscalização, normatização e regulação dos seguros privados.

Vigência: intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

2. CONDIÇÕES QUE REGEM O SEGURO

As condições deste seguro apresentam-se em partes assim denominadas:

2.1. Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais e da apólice.

2.2 Condições Gerais

Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do segurado e do beneficiário.

2.3 Condições Especiais

Especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam existir dentro de um mesmo plano.

3. OBJETIVO DO SEGURO

3.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou aos seus beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais e limites de capital previstos na proposta de contratação e nas Condições Especiais do seguro e de acordo com a presente Condição Geral.

3.2. Este seguro é de contratação individual e pessoal do proponente. No seguro sobre a vida e integridade física de terceiro, o proponente é obrigado a declarar o seu interesse sobre a vida e a incolumidade do segurado, por documento à parte.

4. COBERTURAS DO SEGURO

4.1 As coberturas do seguro dividem-se em básica e adicionais.

4.2 As coberturas podem ser contratadas isoladamente ou conjugadas, conforme opções oferecidas por esta sociedade seguradora, sendo que quando da conjugação de coberturas, **o seguro deverá abranger a cobertura básica de Morte.**

4.3 A cobertura de Morte garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nestas Condições Gerais.

4.4 As coberturas adicionais do seguro serão em conformidade com as Condições Especiais do seguro.

5. DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO

5.1 Poderão contratar o seguro as pessoas físicas com idade mínima de 18 anos e máxima de 65 anos, em boas condições de saúde, que atenderem aos requisitos previstos nestas Condições Gerais e Especiais do seguro e dispostas a aderir aos termos previstos, na data de assinatura da proposta de contratação.

5.2 O período de cobertura durante a qual estará vigente o seguro será estabelecido na proposta de contratação, podendo ser de 10 (dez), 15 (quinze), 20 (vinte), 25 (vinte e cinco) ou 30 (trinta) anos.

5.3 A idade do segurado somada ao prazo contratado não poderá ultrapassar 85 anos.

5.4 A proposta de contratação é individual, devendo o proponente, além de assinar e datar, preencher todos os campos aplicáveis seja de forma manual ou eletrônica.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1 Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta, de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de doenças ou lesões preexistentes à data do início de vigência individual, não declaradas no processo de subscrição do risco e que sejam de conhecimento do segurado, cuja informação tenha sido omitida voluntariamente quando questionado pela seguradora no momento da contratação;
- d) epidemias e pandemias oficialmente declaradas por órgão competente, incluindo, mas não limitado, a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras. Não estão abrangidos nestes riscos excluídos os eventos exclusivamente de Morte e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença causados pela Covid-19 e suas variantes.

- e) suicídio do segurado, ocorrido nos 02 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso;
- f) tufões, inundação, furacão, ciclone, maremoto, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;
- g) participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de prática de esporte, legítima defesa, estado de necessidade ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- h) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, salvo o dolo do representante do segurado ou do beneficiário em prejuízo desses. Ficam excluídos também os atos ilícitos praticados pelos sócios controladores, dirigentes e administradores, nos seguros contratados por pessoa jurídica;
- i) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- j) imprudência ou negligência grave do segurado, assim declarado judicialmente, bem como atos contrários à lei;
- k) competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o segurado estiver no exercício legal da prática de esportes;
- l) o segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal apropriada;
- m) envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;
- n) interesses patrimoniais relativos aos valores das multas e outras penalidades aplicadas em virtude de atos cometidos pessoalmente pelo segurado que caracterizem ilícito criminal;

6.2 Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas relacionadas à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.

6.3 Não estão cobertos 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.

6.4 A seguradora não se exime do pagamento do capital segurado, ainda que previsto contratualmente, quando a morte ou a incapacidade decorrer do trabalho, da prestação de serviços militares, de atos humanitários, da utilização de meio de transporte arriscado ou da prática desportiva.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

7.1 Este seguro abrange os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

8. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

8.1 Não haverá franquias, carências e/ou participações obrigatórias do segurado para a cobertura de Morte.
Parágrafo único. O disposto acima não se aplica aos casos de suicídio, para os quais aplicar-se-á o prazo de carência de 2 (dois) anos, contado da data do início de vigência, devendo ser cobertos pela seguradora, após esse prazo. Em caso de morte do segurado decorrente de suicídio durante o referido prazo de carência, serão revertidas aos beneficiários as provisões técnicas.

8.2 Nos seguros sobre a vida própria para o caso de morte e sobre a integridade física própria para o caso de invalidez por doença, é lícito estipular-se prazo de carência, durante o qual a seguradora não responde pela

ocorrência do sinistro.

8.3 O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua reabilitação, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

8.4 Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não será aplicável prazo de carência, exceto no caso de suicídio conforme disposto no parágrafo único do item 8.1.

8.5 Quando adotado prazo de carência, exceto no caso de suicídio, este não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice. A Seguradora, a seu critério, poderá substituir a carência pela subscrição do risco através da análise de questionário de saúde e atividade.

8.6 O prazo de carência será aplicado às solicitações de aumento de capital segurado efetuadas após o início de vigência, em relação à parte aumentada.

8.7 Haverá carência para o resgate conforme previsto no item 12.1.1 destas Condições Gerais.

8.8 A franquia corresponde ao período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

8.9 Quando aplicáveis, as franquias e/ou carências estarão fixadas nas condições especiais.

9. ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1 A proposta de seguro poderá ser feita diretamente pelo proponente segurado ou por intermédio de seus representantes.

9.2. O simples pedido de cotação à seguradora não equivale à proposta, mas as informações prestadas pelas partes e por terceiros intervenientes integram o contrato que vier a ser celebrado.

9.3 Para a aceitação da proposta, o proponente segurado ou o seu representante é obrigado a fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, bem como informar tudo de relevante que souber ou que deveria saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, quando do preenchimento do questionário que lhe submeta a seguradora, sob pena de incorrer nas penalidades previstas no item 19.

9.4. Conforme legislação vigente, a aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. Assim, recepcionada a proposta de contratação, devidamente preenchida e assinada, será considerada integralmente aceita, abrangendo todas as coberturas contratadas, caso a seguradora não se manifeste sobre ela no prazo de 25 (vinte e cinco) dias, contados do seu recebimento (aceitação tácita), e não tenham sido solicitados ao segurado, no ato do preenchimento da proposta de contratação, exames e informações essenciais à análise do risco, observando as exclusões ou limitações destas Condições Gerais.

9.4.1. A seguradora poderá solicitar esclarecimentos ou produção de exames periciais, e o prazo para a recusa previsto na cláusula 9.4. terá novo início, a partir do atendimento da solicitação ou da conclusão do exame pericial.

9.4.2 Se, após o recebimento do resultado dos exames e informações essenciais solicitados, a seguradora manifestar-se pela aceitação da proposta de contratação com ajuste da taxa de prêmio, a aceitação da mesma dependerá da concordância expressa do proponente, no prazo estipulado pela seguradora, observando as exclusões ou limitações destas Condições Gerais.

9.5 A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre:

9.5.1 a data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do

documento contratual; ou

9.5.2 a data de término do prazo de 25 (vinte e cinco) dias para análise e aceitação do risco, sem exigências complementares, quando caracterizará a aceitação tácita.

9.6 Se, após análise do risco a seguradora decidir pela não aceitação, será feita comunicação ao proponente, por escrito, devidamente justificada. Para todos os efeitos legais, valerá como data da não aceitação da proposta de contratação a data da formalização da referida comunicação.

9.7 O recolhimento do prêmio do seguro será realizado somente se o risco for aceito pela seguradora.

9.8 As Condições Contratuais do seguro serão entregues ao segurado, no prazo de até 30 (trinta) dias, contados da aceitação do risco.

9.9 Os portadores de deficiência não serão rejeitados no seguro pela razão única de serem deficientes. Neste caso, para limitar a responsabilidade da seguradora, a proposta ressaltará o grau de eventual invalidez preexistente.

9.10 Excepcionalmente, em caso de expresso acordo entre as partes, é admitida a exclusão de cobertura para doenças preexistentes específicas declaradas durante o processo de subscrição do risco individual.

9.11 Nos contratos de seguro que tenham por objeto a vida ou a integridade física de terceiro, o proponente deve declarar expressamente o seu interesse sobre a vida e a incolumidade do segurado. A omissão dessa declaração implica a nulidade do contrato.

9.11.1 Presume-se a existência do interesse legítimo quando o segurado for cônjuge, companheiro, ascendente ou descendente do terceiro cuja vida ou integridade física seja objeto do seguro celebrado.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

10.1 A vigência do seguro será fixada com base na opção feita pelo segurado na Proposta de Contratação.

10.2 É vedado o recebimento do prêmio antes de formado o contrato, salvo o caso de cobertura provisória.

10.3 As apólices e os endossos terão seu início e término de vigência às 24hs das datas para tal fim neles indicadas.

10.4 Este seguro é por prazo determinado, conforme prazo de vigência definido na contratação do seguro e não prevê renovação, cessando a cobertura securitária com o término de vigência especificada na apólice de seguro.

11. CAPITAL SEGURADO

11.1 O capital segurado representa o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

11.2 O capital segurado será definido na Proposta de Contratação pelo segurado.

11.3 O segurado poderá solicitar, a qualquer momento, desde que o seguro esteja vigente e com os prêmios pagos em dia, a alteração do capital segurado, por meio de formulário apropriado submetido à seguradora, e esta alteração somente produzirá efeito a partir da respectiva aceitação, formalizada.

11.4 No caso de aumento de capital segurado, deverá ser preenchida uma nova Proposta de Contratação, sendo exigidos o preenchimento de novo questionário de saúde e atividade e, se aplicável a apresentação de relatórios médicos e/ou a realização de novos exames médicos e laboratoriais, observando-se as regras de aceitação de proposta previsto na cláusula 9 destas condições gerais.

12. VALORES GARANTIDOS

12.1 Respeitadas as condições descritas abaixo e o período decorrido desde o início de vigência da apólice, o segurado terá direito aos seguintes valores garantidos:

12.1.1 Resgate:

- i. Durante o período de pagamento dos prêmios, e enquanto a apólice estiver em vigor, será constituída, para a cobertura básica, atuarialmente, a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, com base nos parâmetros técnicos (tábuas biométricas e taxa de juros) estabelecidos em Nota Técnica Atuarial para este plano de seguro.
- ii. Haverá carência de 24 (vinte e quatro) meses para o resgate e, respeitado esse período o segurado poderá optar a partir do 25º (vigésimo quinto) mês de vigência da apólice, durante o período de vigência do seguro por resgatar percentual da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC), de acordo com a tabela abaixo, que considera o tempo decorrido desde o início de vigência.

Período decorrido desde o início da vigência (em meses)	% da PMBaC
1 ao 12 mês	-
13 ao 24 mês	-
25 ao 36 mês	25%
37 ao 48 mês	35%
49 ao 60 mês	45%
61 ao 72 mês	55%
73 ao 84 mês	65%
85 ao 96 mês	75%
97 ao 108 mês	85%
109 em diante	100%

- iii. O pagamento do resgate deve ser efetuado por meio de transferência para conta corrente de titularidade do segurado, até o quinto dia útil subsequente ao protocolo da solicitação efetuada pelo segurado ou seu representante legal, à sociedade seguradora ou em outra data programada pelo segurado para a efetivação do resgate.
- iv. O resgate devido e não pago no prazo será atualizado monetariamente da data da solicitação até a data do efetivo pagamento pela variação positiva do IPCA (IBGE) apurada entre o último índice publicado antes da data de solicitação do resgate e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento pela seguradora, acrescido de juros de mora de 0,1% por dia transcorrido no período assim determinado.
- v. O valor de resgate líquido corresponderá ao montante acumulado na Provisão Matemática de Benefícios a Conceder, na data de sua solicitação, líquido dos prêmios não pagos (acrescidos de juros, multa e atualização monetária).
- vi. Se o pedido de pagamento do valor de resgate ocorrer dentro do período de carência acima descrito, a seguradora adiará o pagamento do valor de resgate líquido disponível até que o período de carência tenha decorrido. Este pagamento será atualizado monetariamente com base na variação apurada entre o último índice publicado (IPCA/IBGE) antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, calculada, na forma da lei, desde a data da última alteração da respectiva provisão até a data do efetivo pagamento.
- vii. Tendo em vista que para cobertura básica, este plano prevê capitalização atuarial na ocorrência de morte do segurado, os saldos da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder não são devidos ao(s) beneficiário(s). Para os casos de morte cuja causa seja o suicídio ou sua tentativa, haverá carência conforme disposto no parágrafo único da cláusula 8.1 e, em caso de morte do segurado durante este prazo de carência, a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder se houver, será revertida aos beneficiários.

12.1.2 Caso o segurado opte pelo resgate, deverá ser observado:

- i. O valor de resgate será atualizado até a data de sua concessão.
- ii. O valor do resgate não corresponde à devolução plena dos prêmios pagos.
- iii. Do valor de resgate serão descontados os impostos previstos em Lei.
- iv. Esse seguro não prevê resgates parciais, somente resgate total.
- v. Com o pagamento do resgate total a apólice será cancelada.

13. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES

13.1 Os prêmios deste seguro são nivelados para a cobertura básica não sofrendo reajustes decorrentes do reenquadramento por faixa etária.

13.2 Os capitais segurados e os prêmios serão atualizados anualmente, na data do aniversário da apólice, pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA / IBGE) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário da apólice.

13.3 Caso o segurado tenha optado por periodicidade diferente de mensal para pagamento dos prêmios, o capital segurado será atualizado até a data de ocorrência do evento gerador, observado o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, sendo que no caso de periodicidade anual, será contado desde a última atualização.

13.4 Mensalmente, além da atualização monetária pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) do mês que antecede o mês anterior ao da competência, a Provisão Matemática de Benefícios a Conceder da cobertura de Morte será rentabilizada à taxa de juros real de 2,5% ao ano, capitalizada mensalmente.

14. CUSTEIO DO SEGURO

14.1 O custeio do seguro será contributivo, ou seja, custeado integralmente pelo segurado.

15. DOS PRÊMIOS DO SEGURO

15.1 Para o cálculo do prêmio da cobertura por Morte também serão considerados a idade, o sexo e o perfil de risco do proponente na data da contratação, conforme definido na Nota Técnica Atuarial. Com relação a idade, será considerada a idade completa do segurado na data de aceitação do seguro, desprezando-se quaisquer frações de ano.

15.2 Após a análise da Proposta de Contratação, a seguradora poderá conceder desconto ou agravamento, sobre o valor do prêmio da cobertura por Morte constante da proposta, de acordo com o perfil do risco individual. No caso de desconto, o segurado poderá optar pela manutenção do prêmio e majoração do capital segurado. Parágrafo único – No caso de majoração do capital segurado poderão ser exigidas a apresentação de relatórios médicos ou a realização de novos exames médicos e laboratoriais.

15.3 O segurado poderá solicitar à seguradora, mediante formulário próprio, a alteração da periodicidade, da forma de pagamento e/ou da data de vencimento do prêmio, sujeita à análise e aceitação expressa da seguradora.

15.4 Nas apólices com pagamento único ou fracionado, o não pagamento do prêmio à vista ou da primeira parcela do prêmio, na data indicada no respectivo instrumento de cobrança, acarretará a extinção automática do contrato desde seu início de vigência.

15.5 A data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma das faturas é o dia de vencimento estipulado no documento de cobrança. Quando a data limite vencer no dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente de funcionamento do sistema bancário.

15.6 Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, será adotado

prazo de tolerância de 60 (sessenta) dias corridos e ininterruptos. O prazo de tolerância é válido desde que tenha sido pago pelo menos a primeira parcela do seguro, independente da forma de pagamento e quantidade de parcelas definida pelo segurado.

15.7 A contagem do prazo de tolerância de 60 (sessenta) dias terá início a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança.

15.8 Durante o prazo de tolerância para regularização dos prêmios, serão concedidas as coberturas do seguro, desde que tenha sido pago pelo menos a primeira parcela e, desde que respeitados os demais termos contratuais, condicionada à quitação das parcelas atrasadas.

15.9 O não pagamento das faturas até a data convencionada redundará em 2% de multa e aplicação de juros de mora à base de 0,1% ao dia sobre o valor da fatura, calculados com base no período compreendido entre a data limite para pagamento e a data do efetivo pagamento.

15.10 Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela não quita a(s) parcela(s) anterior(es) em aberto.

15.11 Decorrido o prazo de tolerância de 60 (sessenta) dias e não constatado pela seguradora o pagamento dos prêmios em atraso, o segurado será notificado para efetuar o pagamento do valor devido à seguradora no prazo de 15 (quinze) dias, contado do seu recebimento, ficando ciente que não ocorrendo o pagamento no prazo, ocorrerá a suspensão da cobertura e o seguro será cancelado em 30 (trinta) dias, a contar da notificação quanto a inadimplência, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de cancelamento.

15.12 Durante o período de suspensão da cobertura, o beneficiário/segurado não terá direito a nenhuma indenização para eventos ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga, até o cancelamento do seguro.

15.13 A seguradora comunicará ao segurado eventual atraso no pagamento do prêmio, mediante notificação realizada por qualquer meio que possibilite a comprovação de seu recebimento, a qual conterà, de forma expressa, as advertências relativas às consequências da não regularização do pagamento.

15.14 A seguradora estará dispensada do envio de nova notificação ao Segurado sobre o cancelamento do seguro, quando na notificação prévia sobre a regularização do pagamento do prêmio, já informar sobre a suspensão da cobertura e do cancelamento da apólice, caso o pagamento não seja regularizado.

15.15 Quando houver previsão de pagamento do prêmio por meio de consignação em folha, a ausência do repasse à sociedade seguradora dos prêmios recolhidos por consignante não causará qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

15.16 A Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC) continuará sendo constituída normalmente durante o prazo de tolerância. No entanto, em caso de cancelamento do seguro por falta de pagamento conforme disposto no item 15.11, o valor de resgate devido ao segurado corresponderá a PMBaC constituída na data do cancelamento deduzidos os prêmios não pagos acrescidos de juros e multa conforme item 15.9 e observará igualmente o disposto no item 12.1.1 destas Condições Gerais.

16. RESOLUÇÃO DO CONTRATO E CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1 Ocorrerá a resolução do contrato, em caso de não pagamento da prestação única ou da primeira parcela do prêmio, conforme disposto no item 15.4.

16.2 O contrato será cancelado no prazo de 30 (trinta) dias contados da suspensão da garantia, conforme mencionado no item 15.11, quando não ocorrido o pagamento do prêmio no prazo concedido na notificação.

16.3 Ocorrerá a resolução do contrato quando do descumprimento do dever de informação pelo segurado, quando o mesmo deixar de revelar fatos no momento da aceitação da proposta e fixação do valor do prêmio, e tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja subscrito pela seguradora, hipótese em que o contrato será extinto no prazo de 30 dias do recebimento da notificação pelo segurado, sem prejuízo da obrigação do segurado de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

16.4 O segurado poderá solicitar o cancelamento de seu plano a qualquer momento.

16.5 A apólice poderá ainda ser cancelada:

- i. com o pagamento do benefício líquido ao(s) beneficiário(s) por morte do segurado durante o período de vigência do seguro.**
- ii. com a solicitação de resgate da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder (PMBaC).**

16.6 De acordo com a cobertura contratada, poderá ocorrer o cancelamento do seguro quando de sua indenização em conformidade com a especificação nas Condições Especiais do seguro.

17. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

17.1 Todos os pagamentos de indenizações referentes a este seguro serão efetuados no Brasil e em moeda corrente nacional, podendo ocorrer sob a forma de reembolso ou prestação de serviços, sem prejuízo de outras formas pactuadas entre as partes.

17.2 A seguradora somente será responsável pelos sinistros ocorridos durante a vigência da apólice, ainda que a comunicação ocorra após o término da vigência.

17.3 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado ou seus beneficiários deverão comunicar prontamente o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, prestando todas as informações, através da entrega, de forma única e completa, de todos os documentos listados nas Condições Especiais do seguro.

17.3.1 A ausência de comunicação do sinistro pelo segurado, no prazo de até 18 (dezoito) meses de sua ocorrência, implicará na perda ao direito à indenização.

17.4 Cabem exclusivamente à seguradora a regulação e a liquidação do sinistro.

17.4.1 A seguradora poderá contratar regulador e liquidante de sinistro para desenvolverem a prestação dos serviços em seu lugar, sempre reservando para si a decisão sobre a cobertura do fato comunicado pelo interessado e o valor devido ao segurado.

17.5 A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura, o prazo apenas iniciará a partir da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro pelo interessado, obrigatoriamente acompanhados de TODOS os documentos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura, na forma prevista no item 17.2.

17.5.1 O prazo acima não se iniciará até que a documentação constante nas Condições Especiais de cada cobertura seja entregue de forma completa. Havendo necessidade de reiteração da necessidade de apresentação destes documentos esta solicitação não deflagará o referido prazo e tampouco será considerada como pedido adicional previsto no item a seguir.

17.5.2 Durante o prazo do item 17.5. a seguradora ou o regulador poderá solicitar documentos complementares.

17.5.3 O prazo para a manifestação sobre a cobertura, indicado no item 17.5, será suspenso quando solicitados documentos complementares, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação. A suspensão poderá ocorrer: (i) 1 (uma) única vez quando o capital segurado seja de até 500 (quinhentos) salários mínimos; ou (ii) até 2 (duas) vezes, quando o valor do capital segurado ultrapassar 500 (quinhentos) salários mínimos.

17.5.4 A autoridade fiscalizadora poderá fixar prazo superior ao disposto no item 17.5 para tipos de seguro

em que a verificação da existência de cobertura implique maior complexidade na apuração, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

17.6 Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado ou beneficiário, no mesmo prazo, será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento.

17.7 A seguradora não está obrigada a entregar documentos e demais elementos probatórios que sejam considerados confidenciais ou sigilosos ou que possam causar danos a terceiros, salvo em razão de decisão judicial ou arbitral.

17.8 Reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou o capital estipulado.

17.8.1 O prazo para pagamento da cobertura previsto no item 17.8 também poderá ser suspenso, quando solicitado documentos complementares, recomeçando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente aquele em que for atendida a solicitação. A suspensão poderá ocorrer: (i) 1 (uma) única vez quando o capital segurado seja de até 500 (quinhentos) salários mínimos; ou (ii) até 2 (duas) vezes, quando o valor do capital segurado ultrapassar 500 (quinhentos) salários mínimos.

17.9 No caso de mora no pagamento pela seguradora, sobre o valor devido incidirá multa de 2% (dois por cento), correção monetária e juros legais, desde a data que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos.

17.10 O pagamento de valores relativos a atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores devidos, nos termos da legislação vigente.

17.11 Para as coberturas de risco custeadas mediante pagamento único ou anual do prêmio, o capital segurado deverá ser atualizado, com base no índice de preços pactuado, até a data da ocorrência do evento gerador.

17.12 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

17.13 Para os menores de catorze anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado principal ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob a forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionados ao sinistro coberto. Quando contratada, essa restrição não se aplica a cobertura de doenças graves não infecciosas ou doenças congênitas, desde que não suscetíveis a serem provocadas intencionalmente.

17.14 A execução dos procedimentos de regulação e liquidação de sinistro não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento da indenização pela Seguradora.

17.15 Caso o processo de regulação fique parado por mais de 30 (trinta) dias sem que o segurado tenha realizado a entrega completa da documentação pendente, o processo será negado sem indenização e o prazo prescricional começará a correr. O pedido de indenização poderá ser reaberto a qualquer momento, dentro do prazo prescricional, desde que seja realizada a entrega completa da documentação pendente.

18. DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

18.1 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado ou seus beneficiários deverão comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo para cobertura básica e conforme Condições Especiais para as coberturas opcionais.

18.2 Documentos necessários para cobertura básica de Morte:

- a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário e pelo médico assistente;
- b) Cópia da certidão de óbito do segurado;
- c) Cópia da Declaração de Óbito do Ministério da Saúde;
- d) Cópia do laudo cadavérico / IML completo;
- e) Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência, se houver;
- g) Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), se houver;
- h) Cópia do prontuário médico completo de internamento do segurado até a data do óbito;
- i) Cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- j) Cópia da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- k) Cópia atualizada do comprovante de endereço em nome do segurado;
- l) Certidão de rol de herdeiros por escritura pública, quando não houver indicação do segurado;
- m) Documentos dos beneficiários:
 - cônjuge: cópia atualizada da certidão de casamento com a anotação do óbito, carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço nominal;
 - companheira: cópia da carteira de identidade, CPF, comprovante de endereço e comprovação da união estável na data do evento (declaração de convivência marital, carta do INSS de concessão da pensão por morte ou demais documentos que possam comprovar o companheirismo);
 - filhos: cópia da certidão de nascimento, carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço nominal;
 - pais e outros: cópia da carteira de identidade, CPF e comprovante de endereço nominal;
 - autorização para crédito em conta; juntamente com o comprovante dos dados bancários informados.

18.3 Para as coberturas adicionais os documentos encontram-se listados nas Condições Especiais do seguro.

19. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

19.1 O segurado ou seus beneficiários, perderão o direito a qualquer indenização deste seguro, nas seguintes situações:

- I. Se por si, por seu representante ou corretor, de forma dolosa, fizerem declarações falsas, inexatas, incompletas ou omitirem circunstâncias relevantes que possam influenciar na aceitação do risco ou na fixação do prêmio;
- II. Se agravarem intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato;
- III. Se o sinistro decorrer de atos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
- IV. Se o segurado ou seu representante, beneficiários, prepostos, sócios controladores, dirigentes ou administradores agirem com dolo ou má-fé para obter benefícios do presente contrato, bem como praticarem fraude ou simulação na contratação do seguro, durante a sua vigência ou na ocorrência do sinistro, inclusive mediante a simulação de sinistro ou o agravamento intencional do evento e/ou dos prejuízos, com o objetivo de obter ou majorar a indenização;
- V. Se deixarem de comunicar à Seguradora, dolosamente, tão logo tenha conhecimento de fatos que agravarem o risco coberto de forma relevante;
- VI. Se descumprirem dolosamente os deveres contratuais relacionados à imediata comunicação do sinistro, à prestação de informações e documentos relacionados ao sinistro e à adoção de medidas para evitar ou minorar seus efeitos.
- VII. Se deixarem de cumprir com as demais obrigações convencionadas neste contrato e/ou obrigações legais;

19.2 O descumprimento doloso dos deveres contratuais, importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

19.3 O descumprimento culposo dos deveres contratuais, inclusive quanto à comunicação do sinistro ou à prestação de informações, não acarretará a perda total do direito à indenização, limitando-se à redução

proporcional da garantia correspondente aos prejuízos comprovadamente causados à seguradora.

19.4 A comprovação do ato ilícito criminal praticado pelo Segurado durante a regulação do sinistro, acarretará na perda do direito ao pagamento da indenização sem prejuízo da dívida do prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora. Se aplicará a mesma consequência quando o Segurado ou beneficiário tiverem prévia ciência da prática delituosa e não tentar evitá-la.

20. MODIFICAÇÕES DE RISCO

20.1. O segurado deve comunicar à seguradora qualquer modificação no risco, tão logo dele tome conhecimento. Sem prejuízo de outras hipóteses aqui não elencadas, será entendida como modificação no risco a alteração nas informações apresentadas na proposta ou constante de quaisquer documentos entregues pelo segurado ou por seu representante, para análise e aceitação do risco.

20.2. Após análise, se caracterizar agravamento do risco, a Seguradora poderá, no prazo de 15 (quinze) dias contados do recebimento da comunicação da sua modificação, cobrar ou devolver a diferença de prêmio devida. Se o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, cancelando-o, no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

20.3. O segurado que dolosamente descumprir o dever de comunicar a alteração ou modificação do risco, perderá o direito à indenização, além de ficar obrigado ao prêmio vencido e a ressarcir as despesas incorridas pela seguradora. Se o descumprimento for culposo, o segurado ficará obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada em razão da alteração que tenha gerado o agravamento.

20.4 Devido à estrutura técnica deste seguro, a seguradora não utilizará essa informação para alterar direitos e deveres ora previstos nas Condições Gerais e Especiais, incluindo a decisão de cancelar o seguro ou mesmo restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio.

20.5. Doenças desenvolvidas e/ou descobertas após início da vigência do seguro não serão motivo de nova análise de risco e, portanto, não há necessidade de serem comunicadas à seguradora.

20.6. O seguro será cancelado e a seguradora isenta-se de qualquer obrigação se for comprovada a ocorrência, durante a vigência do seguro, de envolvimento do segurado em infrações relacionadas à redução de pessoas, inclusive crianças ou adolescentes, por qualquer motivo, inclusive por preconceito de raça, cor, etnia, religião ou origem, a condição análoga à de escravo, quer submetendo-o a trabalhos forçados ou a jornada exaustiva, quer sujeitando-o a condições degradantes de trabalho, quer restringindo, por qualquer meio, sua locomoção, seja em razão de dívida contraída com o empregador ou preposto ou com o fim de retê-lo no local de trabalho ou, ainda, mantendo vigilância ostensiva no local de trabalho ou apoderando-se de documentos ou objetos pessoais do trabalhador, a fim de retê-lo no local de trabalho.

20.6.1. A seguradora abre mão de reavaliar o risco no prazo regulamentar nestas hipóteses, por considerar incidente gravoso e providenciará o cancelamento do seguro.

21. BENEFICIÁRIOS

21.1 É livre a indicação de beneficiários pelo segurado. Os beneficiários serão designados pelo segurado, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

21.2 O beneficiário indicado pelo segurado perderá o direito à indenização e sua indicação será considerada sem efeito, quando praticar atos graves contra o segurado, que nos termos do Código Civil, seriam suficientes para revogar uma doação, como:

- i. Atentar contra a vida do segurado ou cometer homicídio doloso contra ele;
- ii. Praticar ofensa física contra o segurado;
- iii. Injuriar ou caluniar o segurado;
- iv. Recusar-se, sem justificativa, a prestar alimentos ao segurado, quando tinha condições de fazê-lo;

v. Quando deixar de cumprir encargo ou obrigação que tenha sido expressamente estabelecida como condição para a manutenção do benefício.

21.3 Se a seguradora não for cientificada oportunamente da substituição do beneficiário, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

21.4 Na falta de indicação do beneficiário ou se não prevalecer a indicação feita, o capital segurado será pago ou, se for o caso, será devolvida a reserva matemática por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do segurado.

21.4.1 Considera-se ineficaz a indicação quando o beneficiário falecer antes da ocorrência do sinistro ou se ocorrer comoriência.

21.4.2 Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

21.4.3 Se não houver beneficiários indicados ou legais, o valor será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência.

21.5 Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

22. PESSOAS POLITICAMENTE EXPOSTAS

22.1 Consideram-se expostas politicamente as pessoas naturais que ocupem ou tenham ocupado, nos 5 (cinco) anos anteriores, empregos ou funções públicas relevantes, assim como funções relevantes em organizações internacionais.

22.2 Para efeito do disposto no item 22.1, consideram-se pessoas expostas politicamente:

I - os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União;

II - os ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União:

i. de Ministro de Estado ou equiparado;

ii. de Natureza Especial ou equivalente;

iii. de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de entidades da administração pública indireta; e

iv. do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS, níveis 6, ou equivalentes.

III - os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal, dos Tribunais Superiores, dos Tribunais Regionais Federais, do Trabalho e Eleitorais, do Conselho Superior da Justiça do Trabalho e do Conselho da Justiça Federal;

IV - os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos estados e do Distrito Federal;

V - os membros do Tribunal de Contas da União, o Procurador-Geral e os Subprocuradores-Gerais do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União;

VI - os presidentes e tesoureiros nacionais, ou equivalentes, de partidos políticos;

VII - os governadores e secretários de Estado e do Distrito Federal, os Deputados Estaduais e Distritais, os presidentes, ou equivalentes, de entidades da administração pública indireta estadual e distrital e os presidentes de Tribunais de Justiça, Militares, de Contas ou equivalente de Estado e do Distrito Federal; e

VIII - os Prefeitos, Vereadores, os Secretários Municipais, os presidentes, ou equivalentes, de entidades da administração pública indireta municipal e os Presidentes de Tribunais de Contas ou equivalente dos Municípios.

Também são consideradas pessoas expostas politicamente aquelas que, no exterior, sejam:

i. chefes de estado ou de governo;

ii. políticos de escalões superiores;

iii. ocupantes de cargos governamentais de escalões superiores;

iv. oficiais gerais e membros de escalões superiores do poder judiciário;

v. executivos de escalões superiores de empresas públicas; ou

vi. dirigentes de partidos políticos.

22.3 Também são consideradas pessoas expostas politicamente os dirigentes de escalões superiores de entidades de direito internacional público ou privado.

23. ALTERAÇÃO CONTRATUAL

23.1 Qualquer alteração no contrato de seguro em vigor somente poderá ser realizada com a concordância expressa do segurado, seu representante legal ou corretor de seguros.

24. FORO

24.1 Questões judiciais entre o segurado ou o beneficiário e a sociedade seguradora serão processadas no foro do domicílio do segurado ou beneficiário, conforme o caso.

24.2 Na hipótese de existência de relação de hipossuficiência entre as partes será válida a eleição de foro diverso.

25. PRESCRIÇÃO

25.1 Os prazos prescricionais são aqueles determinados no art. 126 da Lei n.º 15.040/2024, sendo:

- i. Em 1 (um) ano, contado da ciência da recepção da recusa expressa e motivada da seguradora, a pretensão do SEGURADO para exigir indenização, capital, reserva matemática, prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias e restituição de prêmio em seu favor;
- ii. Em 3 (três) anos, contados da ciência do respectivo fato gerador, a pretensão dos BENEFICIÁRIOS OU TERCEIROS PREJUDICADOS para exigir da seguradora indenização, capital, reserva matemática e prestações vencidas de rendas temporárias ou vitalícias.

26. MUDANÇA NA LEGISLAÇÃO TRIBUTÁRIA

26.1 Na hipótese de mudanças na legislação tributária que resultem em alteração dos encargos incidentes sobre este tipo de seguro, as disposições serão adaptadas às novas normas. Fica estabelecido, porém, que os tributos serão pagos por quem a lei determinar, não podendo haver estipulação em contrário.

27. CLÁUSULA DE EXCLUSÃO POR EMBARGOS E SANÇÕES

27.1 Fica entendido e acordado que respeitando-se todo o conteúdo das Condições Gerais, Condições Especiais, Coberturas Adicionais, Cláusulas Específicas e Cláusulas Particulares do presente contrato de seguro, ficam estabelecidos critérios e procedimentos em relação a situações de suspensão de cobertura no pagamento de indenizações ou restituições devidas pela Seguradora nas quais o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) ou país (es), estiver(em) inserido(s) em listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate à lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) às sanções previstas na legislação Brasileira ou Internacional, conforme descrito nas listas de embargos e sanções, não se limitando a estas:

- a) Organização das Nações Unidas - ONU: <https://nacoesunidas.org/conheca/>
- b) Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>
- c) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>
- d) Gafi – Grupo de Ação Financeira contra Lavagem de Dinheiro e financiamento de Terrorismo: <http://www.fazenda.gov.br/assuntos/prevencao-lavagem-dinheiro/alertas-pld-ft>

27.2. As listas acima poderão sofrer atualizações de acordo com seus Órgãos Reguladores.

27.3. Havendo, durante a vigência da apólice, a inclusão do segurado, de seus beneficiários de indenização ou país(es), nas listas de embargos e Sanções, as coberturas deste seguro, bem como quaisquer indenizações estarão suspensas pelo período em que o segurado, seus beneficiários ou país (es), estiverem incluídos em Listas de Sanções e embargos, desde as 24 horas do dia da inclusão até às 24 horas do dia da exclusão ou eventual solução judicial.

27.4. Ratificam-se os demais Termos, Cláusulas e Condições não modificados por esta Cláusula.



MATRIZ - CURITIBA

Rua Nilo Cairo, 171 - Centro
CEP: 80.060-050 - Curitiba/PR
Tel.: (41) 3019-0080

FILIAL SÃO PAULO/SP

Av. Angelica, 2447, 15º andar, cj 1544
CEP: 01.227-200 - São Paulo/SP
Tel.: (11) 3237-2146



CENTAURO
Seguros para viver

CENTAURO & CONSTELLATION INSURANCE, INC

centauroseguradora.com.br