

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Estas Condições aplicam-se a todas as Garantias contratadas pelo Estipulante, Sub-Estipulante e/ou Segurado, dentro da apólice.

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

O Estipulante, Sub-Estipulante e/ou Segurado poderão consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Recomendamos a leitura atenta destas Condições Gerais, especialmente no que se refere a **RISCOS EXCLUÍDOS** do seguro.

1) OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de capital segurado ao(s) beneficiário(s), nos termos estabelecidos nestas condições gerais, em caso de falecimento do segurado por morte acidental, durante o período de vigência individual, respeitadas as demais condições contratuais.

2) DEFINIÇÕES

2.1. ACIDENTE PESSOAL: 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:

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

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

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

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

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

b) excluem-se desse conceito:

b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

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

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
e

b.4) 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.

2.2. **BENEFICIÁRIO:** Pessoa(s) física(s) indicada(s) pelo segurado e perfeitamente identificada(s), a favor da(s) qual(is) é pago o capital segurado, em caso de ocorrência do sinistro.

2.3. **CERTIFICADO INDIVIDUAL:** Documento que comprova a inclusão do proponente no seguro, no qual são registrados os capitais segurados, prêmio, data de início e de término de vigência do seguro e identificação do segurado.

2.4. **CONDIÇÕES GERAIS:** Conjunto de cláusulas contratuais que estabelece as características operacionais do plano de seguro e rege obrigações e direitos do segurado, do estipulante e da sociedade seguradora.

2.5. **ESTIPULANTE:** Pessoa física ou jurídica que contrata a apólice coletiva de seguros, ficando investida dos poderes de representação dos segurados perante a sociedade seguradora, nos termos destas condições gerais e da regulamentação em vigor.

2.6. **CAPITAL SEGURADO:** Valor convencionado, que a sociedade seguradora pagará ao(s) beneficiário(s), no caso de ocorrência de sinistro coberto, desde que pago o respectivo prêmio, até a data de vencimento contratualmente prevista.

2.7. **CARÊNCIA:** É o período contínuo de tempo, contado a partir da data de início de vigência da cobertura individual, durante o qual a sociedade seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

2.8. **PERÍODO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL:** Período de tempo correspondente ao prêmio efetivamente pago, durante o qual o segurado está coberto por este seguro.

2.9. **PRÊMIO:** Valor que o segurado pagará à sociedade seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela garantia contratada, no respectivo período de vigência individual.

2.10. **PROPONENTE:** Pessoa física, maior de 18 (dezoito) anos, interessada em aderir ao plano de seguro, nos termos destas condições gerais.

2.11. **PROPOSTA DE ADESÃO:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

2.12. **PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:** documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.13. **SINISTRO:** Morte do segurado, decorrente exclusivamente de acidente coberto, nos termos previstos nestas condições gerais.

2.14. **VIGÊNCIA DA APÓLICE:** Período de tempo durante o qual a apólice permanece em vigor, nos termos do contrato firmado entre a sociedade seguradora e o estipulante.

3) GARANTIA DO SEGURO

Morte Acidental (MA)

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização em caso de falecimento do Segurado, decorrente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

Seguro de Menores

A Garantia de Morte Acidental, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, as quais podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4) RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos da cobertura deste seguro:

I - os eventos ocorridos em consequência:

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

b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se resultantes de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro;

d) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão do item acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes;

e) de ato terrorista, como tal reconhecido por autoridade competente; e

II - o suicídio, ocorrido nos dois primeiros anos de vigência da cobertura individual ou de sua reabilitação depois de suspensão.

5) ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A garantia do seguro prevista nestas condições gerais compreende eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do mundo sendo que as eventuais indenizações serão pagas no Brasil e em moeda corrente nacional.

6) ACEITAÇÃO DO SEGURO

A contratação ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete, devendo:

- a) ser informado o CPF ou, na falta deste, o RG, Carteira de Trabalho, Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento ou outro documento oficial de identificação que possua validade no território nacional; e
- b) ser indicado o beneficiário do seguro.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco por parte da seguradora.

A recusa da proposta será informada mediante remessa de carta ao segurado, num prazo máximo de 15 dias, a contar da data de recebimento e protocolo da proposta pela seguradora.

A seguradora poderá solicitar quaisquer outros documentos necessários para análise do risco individual, e neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso e terá continuidade após a entrega do respectivo documento solicitado. Se a solicitação de documento se der ao proponente, pessoa física, esta poderá ser feita apenas uma vez durante o referido prazo.

Caso o seguro venha a ser recusado, dentro do prazo estipulado, a Seguradora enviará uma comunicação formal com a devida justificativa da recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

No caso de recusa do risco, em que tenha adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o proponente tem direito a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta até a data da formalização da recusa.

O valor poderá ser restituído integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura do seguro.

Para cada segurado admitido no seguro, deverá ser emitido certificado individual que caracterize sua aceitação no plano, constando o prêmio e o capital segurado vigente no momento da adesão, data de início e de término de vigência do seguro e a identificação do segurado.

7) PERÍODO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

O prazo de vigência do seguro varia conforme estabelecido no contrato, podendo ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas nestas Condições Gerais, que trata do cancelamento do seguro, ou se a seguradora ou o estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar por escrito o desinteresse pela renovação.

O início e termino de vigência do risco individual será às 24 horas, das datas estabelecidas no Certificado do Seguro.

No início da vigência do seguro, bem como nas renovações subseqüentes, a seguradora providenciará a emissão dos certificados individuais.

Feita uma renovação automática, as renovações seguintes poderão ter anuência expressa apenas do Estipulante, desde que não impliquem em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados, ou a redução dos seus direitos.

ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SOCIEDADE SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.

Deve ser observado que se houver ajuste que implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos, sua aplicação dependerá da anuência expressa de 3/4(três quartos) do grupo segurado.

Para as propostas recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta pela Seguradora ou de data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

Para as propostas recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.

8) CARÊNCIA

Não haverá carência para morte decorrente de acidente pessoal.

9) PAGAMENTO DE PRÊMIO

O custeio do Seguro pode ser:

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

Os prêmios de Seguro poderão ser pagos pelo Segurado e/ou Estipulante/Subestipulante de forma mensal. Qualquer capital segurado somente será devido se comprovado que o pagamento do respectivo prêmio ocorreu até a data de vencimento estipulada.

Este plano de seguro é estruturado no regime financeiro de repartição simples e devido à natureza deste regime, não é devido à concessão de resgate,

saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada pagamento é destinado a custear o risco inerente à indenização no período.

Quando a data de vencimento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

O não pagamento dos prêmios pelo segurado ou estipulante à seguradora 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, não sendo prevista atualização monetária.

10) SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DA COBERTURA

Se o pagamento do prêmio não for efetivado, até a data estabelecida, a cobertura estará automaticamente suspensa, a partir das 24 (vinte e quatro) horas da referida data e, no caso de ocorrência do sinistro, o(s) beneficiário(s) perderá(ão) o direito à(s) garantia(s) do seguro.

A cobertura poderá ser reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado retomar o pagamento do prêmio, desde que realizado dentro de prazo não superior a 30 (trinta) dias, contados a partir da data de vencimento do primeiro prêmio não pago. Nesse caso, não serão cobrados prêmios eventualmente não pagos, correspondentes a períodos em que não houve cobertura.

11) CAPITAL SEGURADO

A indenização será equivalente ao valor de capital segurado devida na ocorrência de evento coberto, respeitado o contratado no certificado individual, observado os limites estabelecidos na apólice, sendo atualizado, anualmente, conforme previsto no item 12 destas condições gerais.

A data do evento para efeito de determinação do Capital Segurado será a data de ocorrência do acidente.

12) ATUALIZAÇÃO DE VALORES

Os capitais segurados e o prêmio serão atualizados no mês de aniversário da apólice, em função da variação positiva do índice IGPM/FGV (Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas), apurada nos 12 (doze) meses que antecedem aos três últimos meses de aniversário da apólice ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo / Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Os novos valores entrarão em vigor, automaticamente, e serão informados, através da emissão de novo certificado individual.

Alternativamente ao critério de atualização mencionado no parágrafo acima, poderá se estabelecer ainda, o recálculo anual no aniversário da apólice, para adequação dos valores do Capital Segurado, assim como os respectivos prêmios, aos novos valores de salários ou provento do Segurado, ou outros fatores objetivos conforme definido em Contrato e necessariamente expressos na Condições Gerais, na apólice, nos Certificados e nas Propostas.

13) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em caso de sinistro, a sociedade seguradora deverá ser imediatamente avisada pelo(s) beneficiário(s), observados os prazos prescricionais determinados em lei, que deverão provar sua ocorrência, pela entrega dos documentos listados nesta cláusula.

A partir da entrega de toda documentação exigível, a sociedade seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro. Se a seguradora não proceder a indenização no prazo estipulado, o valor a ser indenizado aos beneficiários será igual ao valor do capital segurado vigente atualizado pela variação positiva do IGPM/FGV (Índice Geral de Preços do Mercado da Fundação Getúlio Vargas) apurada entre o último índice publicado antes da data do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação

do sinistro, acrescido de 2% de multa e juros de mora de 0,1% por dia transcorrido no período assim determinado.

Os juros moratórios são contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização.

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

O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

É facultada à sociedade seguradora, em caso de dúvida fundada e justificada, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgar necessários à sua apuração. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir da data de entrega da documentação solicitada.

A ocorrência da morte será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

- a) Formulário de aviso de sinistro, fornecido pelo estipulante ou pela sociedade seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo reclamante;
- b) Cópia da Certidão de Óbito;
- c) Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial, se houver
- d) Cópia da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), (se for o caso)
- e) Cópia da Carteira de Identidade e CPF do segurado ou do documento utilizado para identificação;
- f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- g) Cópia do Laudo de Necropsia (IML) ou Certidão do Auto de Necropsia (se for o caso), se houver;

- h) Cópia do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizados;
- i) Cópia do laudo da Perícia Técnica em local de acidente (se for o caso)
- j) Cópia dos documentos pessoais do segurado (RG, CPF e comprovante de residência)

14) BENEFICIÁRIOS

O segurado deverá indicar, pessoa(s) física(s) perfeitamente identificável(is), a favor da(s) qual(is) será pago o capital segurado, na eventualidade da ocorrência de sinistro coberto.

A qualquer tempo, o segurado poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolizada junto à sociedade seguradora.

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

Caso a seguradora não seja cientificada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

Na ausência de indicação, os beneficiários serão os definidos nos Artigos 792 e 793 do Código Civil Brasileiro, transcritos a seguir:

“Art. 792 – Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária”

Parágrafo Único – Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a Morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.”

“Art. 793 – É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

15) CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Em caso de inadimplência por falta de pagamento de dois prêmios consecutivos, o seguro será cancelado a partir da data do vencimento do segundo prêmio não pago.

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual, nos seguintes casos:

- Com a morte do Segurado Principal;
- Por solicitação do Segurado Principal, mediante comunicação por escrito;
- Automaticamente se o segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- Pela inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do segurado, seus beneficiários ou prepostos;
- Com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da Apólice;
- Automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do segurado no ato da contratação e/ou durante a vigência do contrato.
- Com a extinção do vínculo com o estipulante por cancelamento

16) PERDA DO DIREITO À(S) GARANTIA(S) DO SEGURO

O(s) beneficiário(s) perderá(ão) o direito à(s) garantia(s) do seguro, caso haja por parte do(s) mesmo(s), do segurado, seus representantes ou prepostos, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando o risco.

Haverá a perda do direito à garantia do seguro se forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas por parte do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, que tenham influenciado na sua aceitação ou ainda na obtenção da indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

I) Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

II) Na hipótese de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

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

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

O segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má fé.

Após a comunicação do segurado, a seguradora disporá de até (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, para dar-lhe ciência por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

17) RESCISÃO E ALTERAÇÃO CONTRATUAL

O presente seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, três quartos do grupo segurado.

As características do seguro, como prêmios, coberturas e limites, serão reavaliados anualmente, tomando 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.

O prêmio dos segurados vigentes só poderá ser alterado mediante anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos também dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

18) DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE

Constituem obrigações do Estipulante e/ou Sub-Estipulante:

- a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e a aceitação do risco, previamente estabelecidas por ela, incluindo os dados cadastrais;
- b) Manter a seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro ou acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Deverão constar dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos segurados, explicitamente, os valores de prêmio do seguro, a seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios, e a informação, em destaque, de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro;
 - e.1) Os pagamentos de prêmios de seguros efetuados por meio de desconto em folha deverão ser registrados em rubrica específica pela sociedade seguradora garantidora do risco ou, no caso de cosseguro, pela seguradora líder;
 - e.2) Na hipótese de o segurado dispor de mais de um contrato de seguro com a mesma seguradora, os valores referentes a cada contrato devem estar discriminados no instrumento de cobrança, mesmo quando o sistema de pagamento for efetuado por meio de desconto em folha;
- f) Repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- g) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

h) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitido para o Segurado;

i) 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;

j) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e dos prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

k) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

l) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;

m) Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos sujeita o Estipulante ou Sub-Estipulante às cominações legais;

n) Responder solidariamente com o Sub-Estipulante e vice-versa com o Estipulante no caso de apólices caracterizadas pela contratação de diferentes subgrupos as responsabilidades e as obrigações provenientes deste seguro.

Fica expressamente vedado ao Estipulante e ao Sub-Estipulante, nos seguros contributários:

a) Cobrar dos segurados taxa de inscrição ou de intermediação, ou quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;

b) Fazer qualquer modificação na apólice vigente ou rescindir o contrato, sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;

- c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem a prévia anuência da seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
- d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos.

19) DO EXCEDENTE TÉCNICO

Poderá ocorrer a reversão de Excedente Técnico, conforme estabelecido no Contrato.

Poderá ser estabelecido no contrato um número médio mínimo de vidas ativas durante o período de apuração, a partir do qual haverá a reversão de Excedente Técnico.

Na hipótese de reversão, será considerado Excedente Técnico o saldo positivo (se houver), entre as receitas e as despesas.

As definições dos itens que compõe as receitas e despesas serão especificadas no contrato do seguro.

No caso de resultado positivo, a Seguradora repassará a título de Excedente Técnico ao Estipulante o percentual estabelecido no Contrato.

Respeitado o critério de apuração estabelecido nos itens anteriores, a reversão de Excedente Técnico ocorrerá após o 1º ano de Vigência da Apólice.

A distribuição de Excedente Técnico será realizada após o término de Vigência anual da Apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de Excedente Técnico.

Nos seguros parcial ou totalmente Contributários, o Excedente Técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, conforme estabelecido no Contrato.

20) FORO

Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado para dirimir toda e qualquer dúvida proveniente direta ou indiretamente deste seguro.