

CREFISA SEGUROS S/A
SEGURO CREFISA VI SÊNIOR

CONDIÇÕES GERAIS

1ª CLÁUSULA- OBJETIVO DO SEGURO:

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização aos beneficiários do Segurado na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.

Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período.

2ª CLÁUSULA- DEFINIÇÕES:

Para efeito destas Condições Gerais, considera-se:

a) Acidente Pessoal: 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.1) Incluem-se, ainda, 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 sequestros e tentativas de sequestros; e
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

a.2) 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; e
- as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos

clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; e

- 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 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.

b) Apólice: documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente.

c) Atividade laborativa principal: é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

d) Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais Segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro;

e) Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade Seguradora na ocorrência do sinistro;

f) Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;

g) Coberturas: são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

h) Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das Condições Gerais e da apólice;

i) Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados e dos beneficiários;

j) Consignante: pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos Segurados;

k) Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, 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 da contratação de seguro e não foi declarada na proposta de contratação do seguro.

l) Evento Coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas Condições Gerais.

m) Franquia: é o período, contado da data de ocorrência do sinistro ou evento coberto até a data do efetivo início de pagamento da indenização, conforme pactuado contratualmente.

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

o) Incapacidade Temporária: é o afastamento temporário do Segurado das atividades relativas à sua profissão ou ocupação por incapacidade decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, e comprovada por atestado médico.

p) Indenização: valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

q) Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora;

r) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD): é aquela para a qual não se pode esperar

recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.

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

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

u) Perda da existência independente do Segurado: é a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nas Condições Especiais do seguro.

v) Período de Cobertura: aquele durante o qual os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais Segurados contratados;

w) Prazo de Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital Segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais Segurados contratados;

x) Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;

y) Prêmio Puro: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;

z) Proponente: o interessado em contratar a cobertura;

aa) 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;

bb) Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais, que não serão cobertos pelo plano;

cc) Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro;

dd) Seguradora: é a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

ee) Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro;

ff) Vigência da Cobertura: é o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

gg) Total e permanentemente inválidos: são os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

3ª CLÁUSULA- COBERTURA DO SEGURO:

O seguro terá as seguintes coberturas:

- Morte (M): consiste no pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s) indicado (s) na apólice, caso o Segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais durante a vigência deste seguro.

4ª CLÁUSULA- CONTRATAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

A contratação/alteração deste seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

5ª CLÁUSULA- RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos da cobertura deste seguro 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, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de doenças preexistentes à contratação do seguro, do conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação;
- d) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- e) de acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos e erupções vulcânicas;
- f) de 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, desde que declaradas pelos órgãos competentes;
- g) de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente e;
- h) de suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial do contrato de seguro ou de sua recondução depois de suspenso;

Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo a 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.

O beneficiário não tem 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.

6ª CLÁUSULA- ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

A cobertura do seguro prevista nestas condições aplica-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

7ª CLÁUSULA- CARÊNCIAS E FRANQUIAS

Este seguro não possui franquia.

Para os Segurados que, no momento da contratação e subscrição do plano, preencherem a Declaração Pessoal de Saúde, não será aplicado período de carência para a cobertura de óbito por causa natural.

Para os Segurados que não preencherem a Declaração Pessoal de Saúde, quando da contratação e subscrição do plano, será aplicado período de carência de 6 (seis) meses para a cobertura de óbito por causa natural, contado a partir da data de início de vigência do plano.

Para a cobertura de óbito decorrente de acidente pessoal, não haverá incidência de período de carência, independentemente do preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde.

O pagamento antecipado dos prêmios não reduz, suspende ou elimina o período de carência eventualmente aplicável ao plano.

Para fins de contagem dos prazos previstos nesta cláusula, deverão ser observadas as disposições constantes da 14ª Cláusula deste Contrato.

Em qualquer hipótese, o período de carência não poderá exceder a metade do prazo de vigência do seguro.

8ª CLÁUSULA- ACEITAÇÃO DO SEGURO

A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

Poderão ser incluídos no seguro os proponentes com idade mínima de 71 (setenta e um) anos e máxima de 90 (noventa) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de contratação, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

Recebida a proposta de contratação pela Seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, terá início um período de 25 (vinte e cinco) dias, no qual a Seguradora avaliará o risco.

O seguro será automaticamente aceito, caso a Seguradora não manifeste a recusa da proposta de contratação por escrito ao proponente, no prazo de 25 (vinte e cinco) dias, devidamente justificada. Este prazo será suspenso quando a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos riscos, o que poderá ocorrer somente uma única vez, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega deles.

Em caso de recusa do risco, onde tenha sido efetuado o pagamento do prêmio, após a formalização da recusa pela Seguradora, o valor pago deduzido da parcela pro rata temporis correspondente ao período que tiver prevalecido a cobertura, compreendido entre a data de recepção do prêmio pela Seguradora e a data de formalização da recusa, deverá ser devolvido, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizado pela variação do índice do plano de seguro,

apurado entre o último índice publicado antes da data do recebimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme 13ª cláusula deste Contrato.

A cada Segurado incluído no seguro será enviada uma apólice, assinada pelos representantes legais da Seguradora, contendo os elementos mínimos definidos por lei.

9ª CLÁUSULA- VIGÊNCIA DA COBERTURA

Caso a proposta tenha sido recepcionada pela Seguradora, antes do pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia de pagamento do respectivo prêmio.

A proposta recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial do prêmio terá seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

A proposta recepcionada, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

10ª CLÁUSULA- VIGÊNCIA DO SEGURO

A vigência do seguro será de 12 (doze) meses e poderá ser renovada, automaticamente, uma única vez, salvo se a Seguradora ou o Segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

Será enviada nova apólice aos segurados em cada uma das renovações do seguro. Com exceção da primeira renovação, a qual poderá ser feita de forma automática, nas demais é obrigatório o consentimento expresso.

11ª CLÁUSULA- CAPITAL SEGURADO

Para fins deste seguro, Capital Segurado é a importância máxima, por cobertura contratada, a ser paga, vigente na data do evento, cujo limite seguirá a legislação em vigor.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data de falecimento do segurado.

12ª CLÁUSULA- ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Os valores monetários a que se referem estas condições gerais estão sempre em moeda corrente nacional.

Capital segurado e prêmio do seguro

Os capitais segurados e os prêmios do seguro serão atualizados anualmente, no mês de aniversário da contratação do plano, com base no IPCA/IBGE.

Para o cálculo da atualização monetária será utilizado o índice acumulado do IPCA relativo aos 12 (doze) meses imediatamente anteriores ao mês que antecede o aniversário da contratação do plano.

Na hipótese de extinção, indisponibilidade ou impossibilidade de utilização do IPCA/IBGE, será adotado o índice oficial que vier a substituí-lo.

13ª CLÁUSULA- APLICABILIDADE DE MORA

Os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 0,01% ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo de 30 (trinta) dias, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

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. Para este plano não será adotada multa.

14ª CLÁUSULA- PAGAMENTO DE PRÊMIO

Conforme estabelecido na apólice, o prêmio poderá ser pago sob a forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual durante o período de vigência dele.

No caso de sinistro ou cancelamento do seguro, será devolvida a parcela de prêmio proporcional aos dias correspondentes ao risco ainda a decorrer, em função do prazo a que se refere o prêmio pago. O valor a ser devolvido será atualizado pelo indexador do plano desde a data do pagamento do prêmio até a data da efetiva devolução, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme 13ª cláusula deste Contrato.

Os prêmios poderão ser pagos pelo Segurado, em dinheiro, boleto bancário, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento.

Caso a data para pagamento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

Servirão de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

Caso a forma de pagamento seja o desconto em folha, a ausência de repasse a Seguradora de prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar prejuízo aos Segurados, no que se refere às coberturas previstas neste plano.

O Segurado que não receber a ficha de compensação ou outro documento correspondente deverá fazer o recolhimento de seu pagamento por via postal ou por ordem de pagamento na rede bancária credenciada em favor da Seguradora até a data do vencimento, indicando seu nome, número de inscrição e endereço atualizado.

15ª CLÁUSULA- CONDIÇÕES PARA MANUTENÇÃO E CANCELAMENTO DAS COBERTURAS

Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas deste seguro estarão suspensas a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança, ficando o Segurado ou o beneficiário sem direito a receber indenização referente a qualquer cobertura contratada no caso de ocorrência do sinistro.

A Seguradora notificará o Segurado com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias antes do término do prazo previsto nesta cláusula, através de correspondência ao mesmo, advertindo-o quanto à necessidade de retomar o pagamento dos prêmios para ter direito à cobertura e para o seguro não ser cancelado.

O Segurado poderá ter a cobertura reabilitada no prazo máximo de 90 (noventa) dias, mediante quitação do prêmio do risco a decorrer e, as coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte

e quatro) horas da data em que for retomado o pagamento do prêmio, respondendo a Seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

Durante a vigência do Contrato, a cobertura somente poderá ser suspensa por 3 (três) vezes. Excedendo três suspensões, o seguro será cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência. Nesta hipótese, não haverá qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos.

O período em que a cobertura estiver suspensa não será considerado para efeito de cumprimento do período de carência, sendo retomada a contagem deste no momento da reabilitação da cobertura.

No caso do prêmio pago mensalmente, a falta de pagamento de qualquer parcela, por prazo superior a 90 dias, acarretará o cancelamento do seguro, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

O seguro será cancelado ainda com a solicitação do Segurado.

O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura se for provado que silenciou de má-fé.

A Seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco, poderá dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o Contrato.

O cancelamento só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.

As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

O segurado que atingir a idade de 90 anos terá seu seguro cancelado automaticamente.

16ª CLÁUSULA- PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Se o Segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o

direito à 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 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 pagamento integral do capital segurado:

- cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

17ª CLÁUSULA- LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em caso de sinistro coberto por este seguro, os beneficiários deverão comunicar o sinistro à Seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

I. EM CASO DE MORTE NATURAL:

- a) Cópia da Certidão de Óbito;
- b) Cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) Declaração Médica de Morte Natural, preenchida pelo médico assistente do Segurado, com firma reconhecida;
- d) Documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos;

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

- a) Cópia da Certidão de Óbito;
- b) Cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial;
- e) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- f) Cópia do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;
- g) Cópia do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS:

- a) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- b) Cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) Cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo etc.);
- d) Cópia averbada da certidão de casamento;

- e) Cópia da certidão de nascimento;
- f) Declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- g) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes; e
- h) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes.

A partir da entrega de toda documentação exigível, listada nesta cláusula, por parte dos beneficiários, a Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

É facultada a Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração do sinistro.

A contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa a partir da data de solicitação dos documentos e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em forem completamente atendidas às exigências.

A indenização devida e não paga, no prazo de 30 (trinta) dias, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo índice estabelecido nessas Condições Gerais.

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

Considerando o disposto nesta cláusula, a atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto na 13ª cláusula deste Contrato.

O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica. A aplicação de mora seguirá o disposto na 13ª cláusula deste Contrato.

Este seguro observará os prazos prescricionais determinados em lei.

18ª CLÁUSULA- BENEFICIÁRIOS

Os beneficiários serão designados pelo Segurado na proposta de contratação, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário, pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.

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

19ª CLÁUSULA- DISPOSIÇÕES GERAIS

O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os prêmios e/ou indenizações deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

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

O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. Qualquer alteração na apólice em vigor dependerá de anuência do Segurado.

20ª CLÁUSULA- FORO

As questões judiciais, entre o Segurado ou beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto nesta cláusula.