



SEGURADORA ALM

É AGORA!

SUMÁRIO

O OBJETIVO DO SEGURO	3
GLOSSÁRIO	3
ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	5
BENEFICIÁRIO	5
COBERTURAS DO SEGURO – Morte Acidental (MA)	6
COBERTURAS DO SEGURO – Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)	6
COBERTURAS DO SEGURO – Despesas Diversas por Acidente (DDA)	7
RISCOS EXCLUÍDOS	8
TIPO DE ADESÃO	9
ACEITAÇÃO DO SEGURO	9
VIGÊNCIA E RECORRÊNCIA	10
LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA E INDENIZAÇÃO	10
FRANQUIA	10
PAGAMENTO DE PRÊMIO	10
LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	10
CANCELAMENTO E RESCISÃO CONTRATUAL	11
PERDA DE DIREITOS	11
OBRIGAÇÕES DO SEGURADO	12
CONCILIAÇÃO E FORO COMPETENTE	12
DISPOSIÇÕES FINAIS	12

O OBJETIVO DO SEGURO

O seguro tem como objetivo garantir ao Segurado ou ao Beneficiário, nos termos e limites estabelecidos na apólice, o pagamento de indenizações em situações de:

Morte Acidental: Indenização ao(s) Beneficiário(s) em caso de falecimento do segurado em decorrência de um acidente.

Invalidez Permanente Total por Acidente: Pagamento ao segurado em casos de perda total e irreversível de membros ou órgãos, em decorrência de acidente coberto, exclusivamente para as perdas previstas na Tabela de IPTA.

Despesas Diversas por Acidente: Reembolso de despesas relacionadas ao acidente, conforme os limites e as condições da cobertura contratada, incluindo Auxílio Alimentação, Auxílio Moradia e Auxílio Despesa Emergencial.

GLOSSÁRIO

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

a. Incluem-se nesse conceito:

- O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a 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 luixações radiologicamente comprovadas

b. Excluem-se desse conceito:

- As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças 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 suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido neste item.

Apólice: Documento que formaliza o contrato de seguro entre o segurado e a seguradora, especificando coberturas, valores, carências e outras condições contratuais

Auxílio Alimentação: Valor mensal a ser pago ao segurado, conforme previsto no contrato, destinado à compra de alimentos enquanto o segurado estiver em período de recuperação após um acidente coberto. O valor e o período de pagamento estão definidos na apólice.

Auxílio Moradia: Valor mensal a ser pago ao segurado, conforme estabelecido na apólice, para cobrir despesas de moradia temporária em caso de impossibilidade de uso da residência original devido ao acidente. O valor e o período de pagamento estão previstos na apólice.

Auxílio Despesa Emergencial: Valor a ser pago ao segurado, em parcela única, conforme estabelecido na apólice, para cobrir despesas emergenciais de forma rápida, sem necessidade de comprovação. O valor é estipulado na apólice e destinado a aliviar o impacto imediato após um acidente.

Boa-fé: Um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do Contrato e na determinação dos compromissos assumidos.

Beneficiário: Pessoa física ou jurídica designada pelo segurado para receber a indenização do seguro em caso de Morte do segurado. O Segurado poderá desisgnar, caso não exista impedimento legal, mais de um Beneficiário.

Capital Segurado: Montante máximo que a seguradora pagará ao segurado ou beneficiário, conforme definido na apólice, em caso de sinistro coberto.

Carência: Período durante o qual a cobertura contratada não é aplicável, exceto para acidentes pessoais, após o início de vigência do contrato.

Coberturas: São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

Condições Contratuais: É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

Condições Gerais: São as cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo os direitos e deveres do Segurado, da Seguradora, dos Beneficiários e do Estipulante.

Contrato: É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano individual, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

Endosso: Documento emitido pela seguradora para formalizar qualquer alteração nas condições contratuais da apólice.

Evento Coberto: Ocorrência que cumpre os critérios de risco especificados na apólice e que, ao acontecer, gera o direito à indenização.

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

Franquia: Valor ou período pelo qual o segurado é responsável, em caso de sinistro, antes do início da cobertura pela seguradora, conforme especificado na apólice.

Indenização: Valor pago pela seguradora ao segurado ou beneficiário em caso de sinistro coberto.

Limite Máximo de Garantia (LMG): Valor total máximo que a seguradora assume como responsabilidade por todos os eventos cobertos durante a vigência da apólice. Este valor não é reintegrável.

Limite Máximo de Indenização (LMI): Valor máximo pago em cada cobertura para um único sinistro, dentro do Capital Segurado para cada tipo de cobertura. Este valor não é reintegrável após um sinistro.

Liquidação do Sinistro: É o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s) após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.

Período de Vigência: Intervalo contínuo de tempo durante o qual o seguro está em vigor, conforme indicado na apólice.

Prêmio: Valor pago pelo segurado à seguradora para manutenção do contrato de seguro, que pode ser cobrado mensalmente, anualmente ou em outra periodicidade definida.

Riscos Excluídos: são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

Segurado Dependente: Segurado adicional incluído na apólice através do vínculo com o segurado titular do seguro.

Segurado Titular: É o Proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.

Sinistro: Ocorrência de um evento coberto pelo contrato de seguro, que gera a obrigação da seguradora de pagar a indenização.

ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

As coberturas do Seguro previstas nestas Condições Gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do território nacional.

BENEFICIÁRIO

O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado no momento da contratação, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.

O Beneficiário dos Segurados dependentes será o Segurado Titular, exceto se houver, por parte do dependente, indicação expressa na proposta de contratação ou solicitação formal preenchida e assinada pelo Segurado dependente.

Na falta de indicação de 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 de vocação hereditária.

Na falta de indicação de beneficiários será observada a gradação legal.

No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) o próprio Segurado será o Beneficiário.

Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), serão pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência deste, aos herdeiros legais dos segurados.

Os Beneficiários são designados pelo Segurado no momento da contratação, ou durante a vigência do seguro, e devem constar na apólice. Em caso de morte do segurado menor de 14 anos, o pagamento destina-se exclusivamente ao reembolso de despesas com funeral, mediante apresentação de documentos comprobatórios.

COBERTURAS DO SEGURO – Morte Acidental (MA)

Descrição: Garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) em caso de falecimento do segurado por acidente pessoal durante a vigência do seguro

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
- Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros

O(s) beneficiário(s) não terão direito à Indenização caso o Segurado se suicide nos dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso.

A indenização por Morte Acidental (MA) e Invalidez Total por Acidente (IPTA) não se acumulam. Se depois de paga a Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da Indenização por Morte Acidental deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

Documentação Necessária:

- Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado pelo beneficiário;
- Certidão de óbito do segurado;
- RG e CPF segurado;
- RG e CPF beneficiário;
- Comprovante de Residência beneficiário;
- Laudo de necropsia, se aplicável;
- Boletim de Ocorrência Policial.

COBERTURAS DO SEGURO – Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

Descrição: Garante o pagamento do Capital Segurado ao Segurado em casos de perda total e irreversível de membros ou órgãos em decorrência de acidente coberto.

Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente, serão indenizados exclusivamente os casos de invalidez permanente que seguem:

- A perda total da visão de ambos os olhos
- A perda total do uso de ambos os membros superiores

- A perda total do uso de ambos os membros inferiores
- A perda total do uso de ambas as mãos
- A perda total do uso de um membro superior e um inferior
- A perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés
- A perda total do uso de ambos os pés
- A alienação mental total incurável
- Nefrectomia bilateral

Em caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, não caberá pagamento de indenização. Quando se tratar de lesões múltiplas, serão indenizados os casos em que o somatório dos graus de invalidez, determinados conforme Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente, seja igual ou superior a 100% (cem por cento).

Inval Perm	Discriminação	% sobre CS	Discriminação	% sobre CS
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um inferior	100	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100	Alienação mental total incurável	100
			Nefrectomia Bilateral	100

O limite para a cobertura da Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) será sempre igual ao Capital Segurado contratado.

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica

- A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou semelhantes, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que se trata esta cobertura.
- Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento da Indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro será automaticamente cancelado.

Documentação Necessária:

- Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado pelo beneficiário;
- Boletim de Ocorrência Policial;
- RG e CPF segurado;
- RG e CPF beneficiário;
- Comprovante de Residência beneficiário;
- Laudo médico atestando a invalidez;
- Relatórios de diagnóstico e tratamento finalizados;
- Exames realizados que comprovem a invalidez.

COBERTURAS DO SEGURO – Despesas Diversas por Acidente (DDA)

Descrição: Garante o pagamento de auxílios específicos para cobrir despesas exclusivamente em caso de morte, decorrentes de acidente coberto, incluindo:

- Auxílio alimentação – pagamento mensal para alimentação do segurado durante a recuperação. O valor e o período estão previstos na apólice.
- Auxílio moradia – pagamento mensal para cobrir despesas de moradia temporária quando a residência do segurado estiver inutilizável em consequência do acidente. O valor e o período de pagamento estão estipulados na apólice.

- Auxílio despesa emergencial – valor único e fixo, conforme contrato, pago para cobrir despesas emergenciais sem necessidade de documentação adicional.

Documentação Necessária:

- Formulário Aviso de Sinistro preenchido e assinado pelo beneficiário;
- Certidão de óbito do segurado;
- RG e CPF segurado;
- RG e CPF beneficiário;
- Comprovante de Residência beneficiário;
- Laudo de necropsia, se aplicável;
- Boletim de Ocorrência Policial;
- Notas fiscais e recibos para auxílio alimentação e auxílio moradia.

RISCOS EXCLUÍDOS

O seguro **não cobre** eventos resultantes de:

- **Atos ilícitos dolosos:** praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante Legal, de um ou de outro;
- **Atos de guerra e terrorismo:** danos causados por guerra (declarada ou não), guerra civil, insurreições, rebeliões, e atos de terrorismo;
- **Catástrofes naturais não cobertas:** eventos resultantes de desastres naturais como terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outros fenômenos catastróficos, salvo disposição específica na apólice;
- **Doenças preexistentes e condições médicas não declaradas:** eventos decorrentes de doenças diagnosticadas antes da contratação do seguro ou não declaradas no momento da contratação;
- **Doenças:** qualquer tipo, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, Lesão por Trauma Continuado (LTC), 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. Também é excluído hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, desde que não decorrentes de um acidente pessoal coberto;
- **Uso de substâncias nocivas:** lesões ou morte causadas pelo uso abusivo de álcool, drogas ou substâncias tóxicas, salvo prescrição médica comprovada;
- **Radiação e contaminação química/biológica:** danos decorrentes de radiação nuclear, armas químicas e biológicas, contaminação radioativa, e acidentes relacionados a materiais tóxicos ou perigosos;
- **Atividades perigosas não cobertas:** lesões decorrentes de atividades de risco elevado, como esportes radicais, competições motorizadas, atividades militares, e outros, exceto se a cobertura para essas atividades estiver expressamente contratadas;
- **Tratamento experimental:** tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
- **Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;**
- **Parto:** parto ou aborto e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto;
- **Internações hospitalares:** mesmo que resultantes de acidente pessoal, as internações e /ou incapacidades decorrentes de:
 - Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
 - Cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;

- Tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as duas consequências (em portador soropositivo);
- Diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
- Tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamento cirúrgicos, e suas consequências
- Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
- Qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;
- Tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
- Tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;
- Tratamento cirúrgico da obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abrasão química e suas consequências;
- Tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependências de álcool ou drogas;
- Tratamentos decorrentes de patologia psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- Tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;
- Internação domiciliar;
- Procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório;
- Investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação;

TIPO DE ADESÃO

Este seguro é contratado na modalidade de adesão individual, sendo o Segurado o próprio contratante.

ACEITAÇÃO DO SEGURO

A aceitação do seguro ocorre após a emissão da apólice e o pagamento do prêmio inicial. O seguro de vida poderá ser contratado exclusivamente por pessoas com idade entre 18 e 80 anos, sem restrição quanto a profissões ou atividades exercidas. O segurado deve fornecer informações verdadeiras e completas. Qualquer omissão ou informação incorreta poderá resultar na nulidade do contrato e perda do direito à indenização.

O segurado titular terá o direito de incluir até **4 (quatro) dependentes** na apólice de seguro desde que respeitadas as condições previstas nesta cláusula.

Os segurados dependentes serão vinculados à apólice do titular e terão direito exclusivamente às seguintes coberturas:

- Morte Acidental
- Invalidez Permanente Total por Acidente

A inclusão dos dependentes deverá ser formalizada no momento da contratação ou durante a vigência da apólice, mediante solicitação do segurado titular e apresentação da documentação necessária.

A exclusão de um ou mais dependentes poderá ser solicitada pelo segurado titular a qualquer momento durante a vigência da apólice, sem impactar as condições de cobertura do segurado titular.

Cada dependente incluído estará sujeito às mesmas condições e restrições previstas na apólice para as coberturas mencionadas, respeitando os limites de indenização.

VIGÊNCIA E RECORRÊNCIA

A recorrência do seguro será mensal e entrará em vigor às 24h da data indicada, mediante pagamento do prêmio inicial.

Durante o processo de recorrência, respeitando o término da vigência mensal do seguro, poderá haver alteração no valor do prêmio em função da análise de risco realizada pela Seguradora. Em caso de aumento de prêmio, a Seguradora informará previamente ao Segurado os novos valores aplicáveis ao contrato.

O Segurado tem o direito de cancelar a recorrência do Seguro a qualquer momento. Caso o pedido de cancelamento seja feito durante a vigência mensal do seguro, sua efetivação estará sujeita à concordância da Seguradora. No entanto, o cancelamento será garantido a partir do início da próxima vigência do seguro.

LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA E INDENIZAÇÃO

- **Limite Máximo de Garantia (LMG):** valor total máximo que a seguradora pagará durante a vigência da apólice para todos os eventos cobertos, conforme estipulado na apólice. Não haverá reintegração do LMG após a utilização.
- **Limite Máximo de Indenização (LMI):** valor máximo pago por sinistro para cada cobertura contratada, conforme Capital Segurado da apólice. Não haverá reintegração do LMI após um sinistro.

FRANQUIA

Aplicável conforme especificado na apólice para determinadas coberturas.

PAGAMENTO DE PRÊMIO

- **Tipo de contratação:** individual.
- **Tipo de custeio:** contributivo.
- **Forma de pagamento:** o prêmio será pago mensalmente, de acordo com a vigência da apólice, através de boleto, cartão ou pix. Para renovação automática, o valor do prêmio será atualizado conforme informado pela seguradora.
- **Inadimplência:** Se não ocorrer o pagamento do seguro na data de vencimento referente ao período seguinte de vigência, a apólice não terá continuidade na recorrência, resultando no cancelamento do seguro.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Aviso de sinistro: O segurado ou beneficiário deve informar o sinistro à seguradora o mais breve possível, fornecendo todos os detalhes e documentos necessários.

Documentação necessária:

- **Morte acidental:** certidão de óbito, laudo de necropsia, boletim de ocorrência policial e formulário de aviso de sinistro;
- **Invalidez permanente:** laudo médico, relatórios de diagnóstico, comprovação de finalização de tratamento e formulário de aviso de sinistro;
- **DIHA:** comprovantes de internação, relatórios médicos e formulário de aviso de sinistro;
- **Despesas diversas:** notas fiscais, recibos para auxílio alimentação e auxílio moradia e formulário de aviso de sinistro. Para o auxílio despesas emergencial, formulário de aviso de sinistro.

Prazo para pagamento: A seguradora tem até 30 dias para o pagamento da indenização após o recebimento de toda a documentação exigida. No caso de solicitação de documentação complementar, o prazo será suspenso voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas as exigências.

Deverá ser estabelecido que o não pagamento da indenização no prazo previsto implicará aplicação de juros de mora a partir daquela data, sem prejuízo de atualização.

CANCELAMENTO E RESCISÃO CONTRATUAL

- **Por inadimplência:** o seguro será automaticamente cancelado ao final do período de cobertura vigente em caso de falta de pagamento;
- **Por solicitação do segurado:** o segurado pode cancelar a apólice a qualquer momento, sem necessidade de cumprir período de fidelidade, e continuará a desfrutar do seguro até o fim do período faturado. Não haverá devolução proporcional do prêmio;
- **Por decisão da seguradora:** a seguradora pode rescindir o contrato em casos de descumprimento de obrigações contratuais ou agravamento de risco. Neste caso, deverá respeitar o prazo de 30 dias corridos, após a data em que enviar ao segurado notificação da decisão de cancelar o contrato.

PERDA DE DIREITOS

O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do(s) prêmio(s) vencido(s), caso haja por parte dos mesmos, seus prepostos, seu(s) prepostos, seu(s) corretor(es) de seguro ou seu(s) Beneficiário(s):

- Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Contratação que tenham influenciado na aceitação do Seguro;
- Inexatidão, omissão falsidade ou erro nas declarações que tenham influenciado no valor do prêmio;
- Inobservância das obrigações convencionadas na Apólice;
- Fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências; e/ou
- Se houver, intencionalmente, o agravo do risco segurado.

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

- Na hipótese de não ocorrência de 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;
- Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros;
- 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 está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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.

Nulo será o Contrato de Seguro para cobertura de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.

OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

- **Veracidade das informações:** o segurado deve fornecer informações completas e verídicas;
- **Comunicação de alterações:** qualquer mudança relevante no risco coberto deve ser informada à seguradora;
- **Medidas preventivas:** adotar medidas de proteção e prevenção de sinistros.

CONCILIAÇÃO E FORO COMPETENTE

- **Tentativa de conciliação:** antes de recorrer ao Judiciário, as partes comprometem-se a buscar uma resolução amigável.
- **Foro competente:** o foro do domicílio do segurado é eleito como competente para resolver qualquer questão.

DISPOSIÇÕES FINAIS

- **Alterações e atualizações:** modificações nas Condições Gerais só serão válidas se formalizadas por endosso;
- **Reajustes:** o prêmio pode ser reajustado com base em índices econômicos e de sinistralidade, sendo o segurado informado previamente;
- **Boa-fé e transparência:** ambas as partes comprometem-se a agir com boa-fé e transparência ao longo da vigência do seguro.