

SEGURO DE VIDA EM GRUPO

Condições Gerais

Versão Mai.2014

Processo SUSEP nº 15414.002960/2006-13

ÍNDICE

1. OBJETIVO DO SEGURO	3
2. DEFINIÇÕES	3
3. COBERTURAS DO SEGURO	7
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	20
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	22
6. CARÊNCIA.....	22
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO	22
8. BENEFICIÁRIOS	24
9. CAPITAL SEGURADO	25
10. CUSTEIO DO SEGURO.....	26
11. REGIME FINANCEIRO	26
12. PAGAMENTO DE PRÊMIO	26
13. REAVALIAÇÃO DE TAXAS	27
14. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	27
15. RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO	28
16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	28
17. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO.....	28
18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	29
19. PERDA DE DIREITOS.....	30
20. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	31
21. CANCELAMENTO DA APÓLICE	32
22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	32
23. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS.....	37
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE:	38
25. PROPAGANDA E PUBLICIDADE.....	39
26. PRESCRIÇÃO.....	39
27. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	39
28. FORO.....	39

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. 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 às condições contratuais e limites de capital.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** O evento com data caracterizada, exclusivo e **DIRETAMENTE externo, súbito, involuntário e violento, 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, desde que não ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de contratação 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 seqüestros e tentativas de seqüestros; 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 microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com esses, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

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, definido nesta cláusula.

- 2.2. **Aditivo:** equivalente ao endosso, é o termo utilizado para definir instrumento do contrato de seguro utilizado para proceder as alterações na apólice.
- 2.3. **Agravação do risco:** Considera-se agravação de risco, toda e qualquer situação ou evento que possa alterar o risco coberto pela Seguradora, como por exemplo, mudanças de hábitos, prática de esportes, mudança de residência ou local de trabalho, profissão ou função desempenhada, alterações nas informações prestadas na Declaração Pessoal de Saúde e Atividade da Proposta de Adesão, quando da contratação do Seguro, etc.
- 2.4. **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante e/ou Subestipulante.
- 2.5. **Aviso de Sinistro:** Comunicação específica de um sinistro, que o Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à Seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do evento passível de cobertura. Esta comunicação deverá ser feita imediatamente após a ocorrência do evento.
- 2.6. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber o valor do capital segurado, respeitada a cobertura contratada, na hipótese de ocorrência de evento coberto.
- 2.7. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.
- 2.8. **Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito ao capital segurado contratado em eventual ocorrência de evento coberto.
- 2.9. **Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
- 2.10. **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, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.
- 2.11. **Cobertura de Risco:** Garantia do seguro de pessoas conferida pelo contrato de seguro a evento incerto que independe da vontade das partes contratantes, cujo evento gerador não seja a sobrevivência do(a) segurado(a) a uma data predeterminada
- 2.12. **Companheira(o):** é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos no contrato de seguro.
- 2.13. **Comoriência:** É a presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.
- 2.14. **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.15. **Condições Especiais:** conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de cobertura de um plano de seguro que, eventualmente, alteram as condições gerais.
- 2.16. **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e do Estipulante e/ou Subestipulante.

- 2.17. **Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do Estipulante e/ou Subestipulante, da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).
- 2.18. **Corretor:** é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre a Seguradora e pessoas físicas ou jurídicas. **O corretor de seguros responde civilmente perante os Estipulantes, segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.**
- 2.19. **Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** documento utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.
- 2.20. **Doença e Lesão Preexistente e suas Consequências:** são as doenças ou lesões, inclusive congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à contratação do seguro, de seu prévio conhecimento na data de contratação do seguro e não declaradas na proposta de adesão ao seguro, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações do seu estado de saúde. A omissão dessas doenças ou lesões, por ocasião da contratação do seguro, poderá ensejar a perda de direito ao seguro.
- 2.21. **Doença Terminal:** Doenças para as quais foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresentem estado clínico grave, **sem perspectiva de recuperação** e para os quais **há expectativa de morte iminente, onde as medidas terapêuticas aplicáveis NÃO ensejarão em aumento de sobrevida do paciente, sendo caracterizado como tratamento meramente paliativo.**
- 2.22. **Endosso:** Documento emitido pela Seguradora pelo qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice ou no certificado individual.
- 2.23. **Estipulante e/ou Subestipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como Estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como Estipulante-averbador quando não participar do custeio do plano.
- 2.24. **Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de enquadramento nas coberturas previstas na apólice.
- 2.25. **Foro:** âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do contrato de seguro.
- 2.26. **Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.27. **Grupo Segurável:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e/ou Subestipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.28. **Indenização:** É o valor a ser pago ao beneficiário pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada vigente na data da ocorrência do sinistro, respeitando-se os riscos excluídos da apólice contratada.
- 2.29. **Início de Vigência:** a data a partir da qual a cobertura de risco proposta será garantida pela seguradora.

- 2.30. **Início de Vigência da Cobertura Individual:** É a data a partir da qual a Seguradora assume a cobertura dos eventos previstos nas condições contratuais para cada segurado.
- 2.31. **Médico Assistente:** É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do segurado. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**
- 2.32. **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.33. **Parâmetros Técnicos:** a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.
- 2.34. **Período de Cobertura:** Prazo de duração da cobertura contratada, respeitada as condições contratuais, no qual o segurado ou o(s) beneficiários, quando for o caso, fará(ão) jus ao capital segurado contratado, em caso de ocorrência de evento coberto.
- 2.35. **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s), Estipulante e/ou Subestipulante à Seguradora, destinados ao custeio do seguro.
- a) **Prêmio Anual:** quando o prêmio for referente a 12 (doze) meses de cobertura individual.
- b) **Prêmio Fracionado:** quando o prêmio único ou anual for fracionado em quantidade de parcelas consecutivas inferiores ao período de vigência da cobertura individual.
- c) **Prêmio Trimestral ou Semestral:** quando o prêmio for pago em quantidade de parcelas não consecutivas com periodicidade de acordo com os trimestres existentes durante a vigência da cobertura individual.
- d) **Prêmio Mensal:** quando o prêmio for pago mensalmente durante toda a vigência da cobertura individual.
- As opções de periodicidade serão definidas no Contrato para cada plano de seguro.
- 2.36. **Prêmio Comercial:** Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos.
- 2.37. **Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos.
- 2.38. **Proponente:** Pessoa física que apresenta proposta para a contratação do seguro, interessada em contratar a cobertura ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.39. **Proposta de Adesão:** 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 cobertura, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.40. **Proposta de Contratação:** Documento assinado pelo Estipulante contendo as coberturas do plano de seguro, no qual o Estipulante expressa a intenção de contratação do seguro coletivo, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.41. **Regulação de Sinistro:** É o exame, das causas e circunstâncias do evento reclamado a fim de se caracterizar o risco ocorrido e avaliar sobre a sua cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 2.42. **Reintegração do Capital Segurado:** É o restabelecimento do capital segurado após a ocorrência de um sinistro, mediante aceitação da Seguradora.

- 2.43. **Relatório Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente ou segurado.
- 2.44. **Riscos Excluídos:** são os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro contratado.
- 2.45. **Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.46. **Segurado Principal:** É o segurado vinculado por qualquer forma ao Estipulante e/ou Subestipulante.
- 2.47. **Segurados Dependentes:** Poderá ser o cônjuge ou companheiro(a) do Segurado Principal, quando incluído no contrato de seguro pelo Segurado Principal, desde que não seja Segurado Principal, e/ou ainda, poderá(ão) ser o(s) filho(s) considerado(s) dependente(s) do Segurado Principal de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda, desde que não seja parte integrante do grupo segurado. Nas mesmas condições de cobertura serão incluídos os filhos e menores dependentes do Dependente Cônjuge/Companheira, quando estes forem participantes da apólice pela Cobertura Suplementar de Inclusão Automática ou Facultativa de Cônjuge/Companheira e desde que declarados no Imposto de Renda do cônjuge.
- 2.48. **Seguradora:** empresa legalmente constituída para comercializar seguros, que se responsabiliza pela cobertura contratada, mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nas condições contratuais.
- 2.49. **Sinistro:** A ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.
- 2.50. **Vigência da Apólice:** É o período no qual a Apólice Coletivo de Seguro está em vigor.
- 2.51. **Vigência da Cobertura Individual:** É o período em que, respeitada a apólice em vigor, o Segurado tem direito à cobertura do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. **Cobertura Básica:**

- 3.1.1. **Morte:** É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) Beneficiário(s), correspondente a 100% do capital segurado contratado para esta cobertura, no caso de morte do Segurado titular por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos durante a vigência deste seguro, respeitado o disposto nas Condições Contratuais.
- 3.1.2. **Auxílio Funeral:** Garante o reembolso das despesas incorridas com o funeral, até o limite do capital segurado contratado, em caso de falecimento do(s) segurado(s) designado(s) na proposta de adesão, **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**
- 3.1.2.1. O beneficiário poderá optar pela prestação do serviço em substituição ao reembolso.
- 3.1.2.2. Caso o beneficiário opte pelo reembolso:
- a) Será vedada a utilização de quaisquer serviços da rede especializada de prestadores de serviços credenciada.
 - b) O reembolso dos gastos suportados será efetuado até o limite do capital segurado contratado e mediante comprovação por notas fiscais originais, sem rasuras.

- 3.1.2.3.** Caso o beneficiário opte pela prestação de serviços:
- a) Deverá ser utilizada a rede especializada de prestadores de serviços credenciada, por meio da Central de Atendimento aos Clientes da Seguradora. A ligação é gratuita e pode ser feita de qualquer lugar do Brasil.
- 3.1.2.4.** Entende-se por “despesas com funeral” a cobertura das despesas com sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível na região escolhida pela família do segurado), de acordo com o limite de despesas previamente acordado e conforme os itens abaixo relacionados:
- Urna/caixão;
 - Higienização Básica;
 - Ornamentação do corpo;
 - Coroa de flores da estação;
 - Véu;
 - Paramentos (essa);
 - Velas;
 - Carro Fúnebre para remoção dentro do município;
 - Registro em cartório, quando autorizado pela legislação local;
 - Livro de presença;
 - Locação de sala para velório somente em capelas municipais ou particulares;
 - Taxas de sepultamento em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente;
 - Locação de jazigo em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente, quando necessário e disponível na cidade.
- 3.1.2.5.** **Todos os itens acima serão disponibilizados conforme infra-estrutura local. Não caberá a Seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou não sejam comercializados em determinadas praças.**
- 3.1.2.6.** Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente.
- 3.1.2.7.** **A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAR O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO OS MESMOS DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.**
- 3.1.2.8.** **Cremação:** Cremação do corpo, incluindo, quando necessário, o traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que tenha o serviço de cremação limitado ao raio máximo de 100 km (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares
- 3.1.2.9.** **Sepultamento:** Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada por esta.

3.1.2.9.1. A localização do jazigo será feita de acordo com as disponibilidades locais.

3.1.2.10. **Traslado:** traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de domicílio do segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.

- a) O traslado do corpo para a realização do funeral ou cremação em outro município será realizado quando a distância não for superior ao limite especificado no plano contratado.
- b) Caso a família opte pela realização do funeral ou cremação fora desse limite, **deverá assumir integralmente a responsabilidade pela diferença do pagamento das despesas**. A partir da chegada do corpo nesse município, a prestadora de serviço assumirá os serviços garantidos pelo plano.
- c) **A SEGURADORA FICARÁ ISENTA DA RESPONSABILIDADE DE PRESTAR O SERVIÇO, CASO HAJA RECUSA DA FAMÍLIA EM EFETUAR O PAGAMENTO DO(S) VALOR(ES) EXCEDENTE(S).**

3.1.2.11. **Transmissão de Mensagens Urgentes:** Na ocorrência do óbito, de acordo com os eventos previstos, a Seguradora poderá, mediante solicitação do interessado, transmitir para a família do segurado ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes, pré-definidas pelo interessado, sobre o acontecimento.

3.1.2.12. Na ocorrência do óbito, caso seja optado pela prestação de serviços, a família deverá entrar em contato com a Central de Atendimento aos Clientes da Seguradora. A Assistência 24 (vinte e quatro) horas contratará a funerária mais próxima do local onde ocorreu o óbito para que sejam tomadas as devidas providências para a prestação do serviço funeral.

3.1.3. As coberturas básicas poderão ser contratadas isoladamente

3.1.4. O segurado deverá contratar pelo menos uma das duas coberturas básicas previstas nos itens 3.1.1 e 3.1.2.

3.2. **Coberturas Adicionais:**

3.2.1. **Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA):** Esta cobertura garante, mediante o pagamento de prêmio adicional, uma indenização adicional aos Beneficiários, em caso de morte do Segurado por acidente pessoal coberto, conforme definido nas condições contratuais, ocorrido durante a vigência deste seguro, , **desde que não se trate de risco expressamente excluído.** .

3.2.2. **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** Garante , mediante o pagamento de prêmio adicional , uma indenização de até 100% do capital segurado contratado para esta cobertura, ao próprio Segurado, referente à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro, calculada conforme **TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE** e **desde que não se trate de risco expressamente excluído de cobertura.**

3.2.2.1. Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, de acordo com a tabela abaixo:

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA
TOTAL	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho quando o segurado já não tiver	70
	Mudez incurável	50
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20	
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda Total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda Total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos Médios	12
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09	
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo		

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 05 (cinco) centímetros ou mais	15
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 04 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 03 (três) centímetros	06
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 03 (três) centímetros	sem indenização
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.		
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA
DIVERSAS	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com fistulas	25
	Unilateral com fistulas	15
	Bilateral	14
	Unilateral	7
	Lesões da pálpebra	
	Entrópio bilateral	14
	Ptose palpebral bilateral	10
	Entrópio unilateral	7
	Ectrópio bilateral	6
	Má oclusão palpebral bilateral	6

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA			
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela			
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA	
DIVERSAS	Ptose palpebral unilateral	5	
	Ectrópio unilateral	3	
	Má oclusão palpebral unilateral	3	
	APARELHO DA FONAÇÃO		
	Perda da palavra (mudez incurável)	50	
	Perda de substância (palato mole e duro)	15	
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR		
	Amputação traumática do pênis	40	
	Perda do útero antes da menopausa	30	
	Perda de dois ovários	15	
	Perda de dois testículos	15	
	Perda do útero depois da menopausa	10	
	Perda de um ovário	05	
	Perda de um testículo	05	
	APARELHO URINÁRIO		
	Perda de rim único	75	
	Perda de um rim, com rim remanescente:		
	- Redução da função renal (dialítica)	75	
	- Redução da função renal (não dialítica)	50	
	- Com função preservada	30	
	Cistostomia (definitiva)	30	
	Incontinência urinária permanente	30	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15	
	MANDÍBULA		
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:		
	- Em grau máximo	20	
	- Em grau médio	10	
	- Em grau mínimo	05	
	NARIZ		
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25	
	Perda do olfato com alterações gustativas	10	
	Perda total do olfato	7	
	PESCOÇO		
Traqueostomia definitiva	40		
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15		
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15		
SISTEMA AUDITIVO			
Amputação total das duas orelhas	16		
Amputação total de uma orelha	8		

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA
DIVERSAS	TÓRAX	
	Aparelho Respiratório	
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
	- Com insuficiência respiratória	75
	- Com redução em grau médio da função respiratória	50
	- Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	- Com função respiratória preservada	15
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Mamas (Femininas)	
	Mastectomia bilateral	20
	Mastectomia unilateral	10
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia total	40
	Gastrectomia subtotal	20
	Perda do Baço	15
	Fígado	
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Intestino Delgado	
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia	40
	Ressecção parcial	20
	Intestino Grosso	
	Colostomia definitiva	40
	Colectomia total	40
	Colectomia parcial	20
	Reto e ânus	
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Retenção anal	10
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	Epilepsia pós-traumática	20
Síndrome pós-concussional	05	

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA
DIVERSAS	HÉRNIAS	
	Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40
	Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	20
	Hérnia de Disco Cervical	20
	Hérnia Incisional	20
	Hérnia de Hiato	10
	Hérnia Epigástrica	10
	Hérnia Inguinal ou Inguino Escrotal	10
	Hérnia Umbilical	10

- 3.2.2.2.** Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).
- 3.2.2.3.** Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
- 3.2.2.4.** Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.
- 3.2.2.5.** Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- 3.2.2.6.** A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.
- 3.2.2.7.** As indenizações por morte e invalidez permanente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez parcial permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.
- 3.2.2.8.** Após o pagamento de indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente o seguro estará imediata e automaticamente cancelado. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

3.2.3. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): Esta cobertura garante ao Segurado, mediante o pagamento de prêmio adicional, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, consequente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no item 3.2.3.2 e 3.2.3.3 desta Cláusula, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições do item 21 – CANCELAMENTO DA APÓLICE e as constantes das Condições Contratuais.

3.2.3.1. A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 22 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.

3.2.3.2. Consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

- a) **Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;**
- b) **Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;**
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - i. Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - ii. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - iii. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - iv. Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

- j) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - k) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - l) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- 3.2.3.3.** Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Anexo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- 3.2.3.4.** O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).
- 3.2.3.5.** O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- 3.2.3.6.** Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- 3.2.3.7.** O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
- 3.2.3.8.** Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.
- 3.2.3.9.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
- 3.2.3.10.** **A Sociedade Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.**
- 3.2.3.11.** **Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da básica (morte), seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.**
- 3.2.3.12.** Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as Condições Contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º GRAU: O segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º GRAU: O segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º GRAU: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1° GRAU: O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2° GRAU: O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3° GRAU: O segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há imc – índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

3.3. Coberturas Suplementares

3.3.1. Inclusão Automática ou Facultativa de Cônjuge/Companheiro(a): Garante o pagamento de indenização ao Segurado Principal ou ao próprio Dependente Cônjuge/Companheiro, de forma automática ou facultativa conforme definido em contrato, mediante pagamento de prêmio específico, desde que preenchida e assinada a proposta de adesão pelo próprio Dependente Cônjuge/Companheiro(a), **observadas as coberturas contratadas e as condições contratuais e não se trate de riscos expressamente excluídos.**

3.3.1.1. Poderão ser contratadas para o Segurado Dependente Cônjuge as coberturas previstas no Contrato, **desde que estas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal e estejam especificadas na Proposta de Adesão.**

3.3.1.2. Equipara-se ao cônjuge, a(o) companheira(o) do segurado.

- 3.3.1.3.** O(a) companheiro(a), entendido, para todos os efeitos desta cláusula, é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios previstos contratualmente.
- 3.3.1.4.** Para comprovação da união estável poderão ser apresentados, dentre outros, os seguintes documentos:
- a) Certidão de nascimento de filho(s) havido em comum;
 - b) Certidão de casamento religioso;
 - c) Declaração de Imposto de Renda do segurado principal, em que conste o companheiro(a) como seu dependente;
 - d) Anotação constante na Carteira Profissional (CP) e/ou Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), feita pelo órgão competente;
 - e) Prova de mesmo domicílio;
 - f) Anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;
 - g) Registro em associação de qualquer natureza, onde conste o interessado como dependente do segurado;
 - h) Original da Escritura Declaratória de União Estável, ou condição equiparada, firmada em cartório;
 - i) Quaisquer outros documentos que possam levar à convicção do fato a comprovar, a ser avaliado pela Seguradora
- 3.3.1.5.** A indicação do cônjuge/companheiro(a) para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão ou caso ocorra a inclusão de cônjuge não legalmente habilitado, ou ainda, caso o cônjuge incluso já faça parte do grupo segurado, não haverá direito à indenização, sendo nestes últimos casos devolvidos os valores de prêmio referente à indevida inclusão da cobertura suplementar de cônjuge.
- 3.3.2. Inclusão de Filhos:** Garante o pagamento de indenização ao Segurado Principal ou ao próprio Dependente Filho, mediante pagamento de prêmio específico, quando solicitar inclusão de seu(s) filho(s) dependente(s), por escrito na Proposta de Adesão, **observadas as coberturas contratadas e as condições contratuais e desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**
- 3.3.2.1.** Poderão ser contratadas as coberturas previstas no Contrato, **desde que estas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal e estejam especificadas na Proposta de Adesão.**
- 3.3.2.2.** 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 notas fiscais originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:
- a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
 - b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

- 3.3.2.3. Cada filho está coberto apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados.**
- 3.3.2.4. Quando ambos os cônjuges participarem do grupo segurado, seus filhos serão considerados dependentes apenas do cônjuge de maior capital segurado, ou no caso de equivalência, exclusivamente de um dos segurados.**
- 3.3.2.5. Consideram-se como “filhos”:** os filhos, enteados e menores considerados dependentes do segurado principal, de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda. Nas mesmas condições de cobertura serão incluídos os filhos e menores dependentes do Dependente Cônjuge, quando estes forem participantes da apólice pela Cobertura Suplementar de Inclusão Automática ou Facultativa de Cônjuge e desde que declarados no Imposto de Renda do cônjuge.
- 3.3.2.6. A indicação do(s) filho(s) para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado, que, inclusive se responsabiliza pelas informações referentes ao estado de saúde do filho incluso no seguro.**
- 3.3.2.7. Não podem participar desta cobertura suplementar os filhos que façam parte do grupo segurado. Caso o Dependente Filho já faça parte do grupo segurado, não haverá direito à indenização sendo neste caso devolvidos os valores de prêmio referente à indevida inclusão da cobertura suplementar de filhos.**
- 3.4.** As coberturas Adicionais e/ou Suplementares não podem ser contratadas isoladamente. Quando da conjugação de coberturas, será obrigatório à contratação de pelo menos 1 (uma) cobertura básica,.
- 3.5.** As coberturas de cada plano de seguro serão definidas em contrato.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU 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 A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**
- b) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES; EXCETO SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;**
- c) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E QUE NÃO FOI(RAM) DECLARADA(S) PELO SEGURADO NA PROPOSTA DE ADESÃO;**
- d) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS DE VIGÊNCIA**

DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL OU DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO, CUJA EXCLUSÃO SERÁ APLICADA SOMENTE EM RELAÇÃO AO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO;

- e) **DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOA JURÍDICA INCLUEM-SE OS DANOS POR ATOS ILÍCITOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES E/OU SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;**
 - f) **EPIDEMIAS E PANDEMIAS DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE;**
- 4.2. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE IEA E IPA, OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUENCIA:**
- a) **DE COMPETIÇÕES EM VEÍCULOS, SALVO SE TRATAR DE MERA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO OU PRÁTICA DE ESPORTES;**
 - b) **DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;**
 - c) **DE ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR NECESSIDADE JUSTIFICADA, EXCETO UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADOS E PRÁTICA DE ESPORTES, E A PRÁTICA, POR PARTE DO SEGURADO, DE ATOS ILÍCITOS OU CONTRÁRIOS À LEI, SALVO SE TRATAR DE ATO DE HUMANIDADE OU EM AUXÍLIO DE OUTREM;**
 - d) **PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUE ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS E/OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO DEVIDAMENTE HABILITADO, DESDE QUE SEJA DEMONSTRADO SEU NEXO CAUSAL;**
- 4.3. ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE IFPD, AINDA QUE REDUNDANDO EM QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE QUE INVIABILIZE DE FORMA IRREVERSÍVEL O PLENO EXERCÍCIO DAS FUNÇÕES AUTONÔMICAS DO SEGURADO, COM PERDA DA SUA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE, OS RISCOS ABAIXO ESPECIFICADOS:**
- a) **A PERDA, A REDUÇÃO OU A IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA, TOTAL OU PARCIAL, DE UM OU MAIS MEMBROS, ÓRGÃOS E OU SISTEMAS ORGÂNICOS CORPORAIS, EM DECORRÊNCIA, DIRETA E OU INDIRETAMENTE, DE LESÃO FÍSICA E OU PSÍQUICA CAUSADA POR ACIDENTE PESSOAL;**
 - b) **OS QUADROS CLÍNICOS DECORRENTES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS, ENTENDIDAS COMO SENDO AQUELAS ONDE A CAUSA DETERMINANTE SEJA O EXERCÍCIO PECULIAR A ALGUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL; E**
 - c) **A DOENÇA CUJA EVOLUÇÃO NATURAL TENHA SIDO AGRAVADA POR TRAUMATISMO.**
- 4.4. NÃO ESTÃO COBERTOS OS EVENTOS RELACIONADOS E OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE PERDAS E 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, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE.**

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1. O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.
- 5.2. **O âmbito territorial para os serviços de assistência de sepultamento é o território nacional.**
- 5.3. O âmbito territorial para os serviços de **assistência de traslado** é o globo terrestre até o município de moradia habitual no Brasil.
- 5.4. Para fins de assistência será considerado como endereço de domicílio o endereço de moradia habitual do segurado no Brasil.

6. CARÊNCIA

- 6.1. **HAVERÁ CARÊNCIA DE 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS PARA A TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.**
- 6.2. O período de carência será definido no Contrato e na proposta de adesão, sendo contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou do aumento do capital segurado. A Seguradora, a seu critério, poderá substituir a carência por Declaração Pessoal de Saúde.
- 6.3. No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para o(s) segurado(s) já incluído(s) no seguro pela apólice anterior.
- 6.4. O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo certificado.
- 6.5. **NÃO HÁ PRAZO DE CARÊNCIA PARA SINISTROS DECORRENTES DE ACIDENTES PESSOAIS, RESSALVADA A HIPÓTESE PREVISTA NO ITEM 6.1.**

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. **A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE SE FORMALIZARÁ PELA ASSINATURA DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO PELO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE E PELO CORRETOR, CONTENDO AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.**
- 7.2. Poderá ser aceito como segurado todo o proponente que esteja, na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em perfeitas condições de saúde e **com idade dentro dos limites estabelecidos no Contrato.**
- 7.3. **A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.**
- 7.4. **A contratação do seguro se formalizará pelo preenchimento da proposta de adesão com Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, devidamente assinada pelo proponente, seu representante legal, quando for o caso, ou pelo corretor de seguros e da respectiva aceitação pela Seguradora, que tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo da proposta na Seguradora, para aceitação ou recusa do risco.**

- 7.5. O prazo de 15 (quinze) dias será suspenso, quando a Seguradora verificar que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes e solicitar, uma única vez, a apresentação de novos documentos ou de exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso e voltará a correr à zero hora do dia seguinte em que ocorrer o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado.
- 7.5.1. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.
- 7.6. A recusa do risco será comunicada pela Seguradora ao proponente por escrito, devidamente justificada.
- 7.7. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito no prazo de 15 (quinze) dias, respeitadas as condições de suspensão, caracterizará a aceitação automática da proposta.
- 7.8. Na proposta de adesão deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à Seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro. A constatação de omissões, de declarações inexatas ou de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ensejará a perda do direito à cobertura, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora terá o direito, a seu critério, de resolver o contrato ou a cobrar a diferença do prêmio, mesmo após o sinistro, observado o disposto no artigo 766 do Código Civil.
- 7.9. O pagamento antecipado do prêmio do seguro, total ou parcial, não caracteriza a aceitação da Proposta de Adesão.
- 7.10. Durante a avaliação do risco, respeitados os itens 7.4 e 7.5, a partir do recebimento da proposta pela Seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos e o prêmio antecipado, terá início a cobertura condicional, conforme definição no item 7.11.
- 7.11. Considera-se cobertura condicional, para efeito deste item, aquela em que a Seguradora dará cobertura ao proponente, durante o prazo de análise da proposta, a contar da data do recebimento da proposta de adesão com antecipação do prêmio e vigorará até a data da aceitação da proposta ou formalização da recusa, o que ocorrer primeiro, desde que o proponente esteja em perfeitas condições de saúde, ou ainda, por qualquer motivo não represente risco agravado para a Seguradora.
- 7.12. No caso de recusa de proposta com antecipação total ou parcial do prêmio, o valor do adiantamento deverá ser restituído, líquido de IOF, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da formalização da recusa, deduzido da parcela “pro rata temporis”, correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado, desde a data da formalização da recusa até a data do seu efetivo pagamento.
- 7.13. O PRÊMIO, A QUE SE REFERE O ITEM 7.12, SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.

- 7.13.1.** No caso de extinção do índice pactuado no item 7.13, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.
- 7.14.** **ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 7.13, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO, DE 1% (UM POR CENTO) AO ANO “PRO-RATA-TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**
- 7.15.** **É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR MEIO DE PROCURAÇÃO.**
- 7.16.** A aceitação do seguro implicará na emissão, pela Seguradora, de Certificado Individual, que será entregue ao Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante, conforme definido no Contrato. Em caso de inexatidão das informações do Certificado Individual, o segurado deverá comunicar imediatamente a seguradora para a sua regularização. Caso seja comprovado que as informações inexatas do Certificado Individual são decorrentes das declarações do proponente, e não havendo a correção imediata das informações após o recebimento do certificado, o segurado poderá perder o direito à indenização.

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1.** No caso da ocorrência do evento morte do segurado, a(s) indenização(ões) correspondente à(s) cobertura(s) contratada(s), será(ão) paga(s) de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado. Na falta de indicação expressa de beneficiários, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita sem que haja outro beneficiário indicado, serão beneficiários aqueles designados por lei, devendo ser aplicado o disposto no artigo 792 do Código Civil, ou seja, metade ao cônjuge e o restante aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária.
- 8.1.1.** **Para efeitos deste seguro, a(o) companheira(o) será equiparado ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o segurado era solteiro ou separado de fato.**
- 8.2.** Em caso de falecimento do único Beneficiário indicado no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência), e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, o capital segurado será pago aos Beneficiários legais do segurado, conforme item 8.1.
- 8.3.** Em caso de óbito de um dos beneficiários indicados no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com distribuição do capital segurado destinado ao beneficiário pré-morto entre os demais beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida para cada um, de forma a preservar sua manifestação de vontade.
- 8.4.** Em caso de falecimento simultâneo do segurado com um dos beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (comoriência), serão aplicadas as mesmas regras dos itens 8.2 e 8.3, considerando que o beneficiário comoriente não adquire direito ao capital segurado.
- 8.5.** **EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A(S) PARTE(S) DA INDENIZAÇÃO**

QUE CABERIA(M) A ESTE(S) SERÁ(ÃO) PAGA(S) AOS DEMAIS BENEFICIÁRIOS INDICADOS, EM PARTES PROPORCIONAIS, RESPEITADO O PERCENTUAL ORIGINALMENTE DEFINIDO PELO SEGURADO E, NA FALTA DE OUTROS BENEFICIÁRIOS, SERÁ PAGO CONFORME ESTABELECIDO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL.

- 8.6. Todo segurado tem o direito de indicar na respectiva proposta de adesão, o beneficiário do seguro.
- 8.7. **SE O SEGURADO NÃO RENUNCIAR À FACULDADE, PODERÁ A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O BENEFICIÁRIO POR ATO ENTRE VIVOS OU DE ÚLTIMA VONTADE, MEDIANTE ENCAMINHAMENTO DO FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS E BENEFICIÁRIOS, NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS E DEVIDAMENTE ASSINADO.**
- 8.7.1. **QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE NO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL SUBSEQUENTE À DATA DE PROTOCOLO NA SEGURADORA DA CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO.**
- 8.7.2. **EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO, A SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME A INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.**
- 8.8. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD), o beneficiário será o próprio segurado, ainda que assistido ou representado.
- 8.9. No caso da ocorrência do evento morte do Segurado Dependente Cônjuge ou Filho(s) a(s) indenização(ões) correspondente à(s) cobertura(s) do(s) Dependente(s), **quando contratada(s)**, será(ão) paga(s) de uma só vez e será devida ao Segurado Principal.
- 8.10. No caso da ocorrência de Invalidez Permanente Total ou Parcial (IPA) e Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD) do Segurado Dependente Cônjuge ou Filho(s), a(s) indenização(ões) correspondente à(s) cobertura(s) complementar(es), **quando contratada(s)**, será(ão) paga(s) de uma só vez e será(ão) devida(s) ao próprio Segurado Dependente.
- 8.11. Considera-se como beneficiário para a cobertura de Auxílio Funeral (indenização através de Reembolso), a pessoa física que comprove a realização do pagamento das despesas garantidas pela cobertura.

9. CAPITAL SEGURADO

- 9.1. Entende-se por capital segurado o valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto, respeitando o limite estabelecido para a cobertura contratada.
- 9.2. O capital segurado para as coberturas do Dependente Cônjuge/Companheiro(a) será de até 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a mesma cobertura do Segurado Titular, conforme definido em contrato e especificado na Proposta de Adesão.
- 9.3. O capital segurado do(s) filho(s), quando contratado, será limitado a 100% (cem por cento) do que couber ao segurado principal conforme definido em contrato e especificado na Proposta de Adesão.

- 9.4. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura adicional de **INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE** é automática após cada acidente.
- 9.5. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:
- Para as coberturas de morte e auxílio funeral, quando o evento for **Morte Natural**: a data do falecimento;
 - Para as coberturas de morte e auxílio funeral, quando o evento for **Morte Acidente** e coberturas de acidentes pessoais: a data do acidente;
 - Para a cobertura de **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)**: a data do respectivo relatório médico, devidamente assinado pelo médico assistente.
- 9.6. Todos os valores são expressos em moeda corrente nacional.

10. CUSTEIO DO SEGURO

- 10.1. O custeio do prêmio do seguro poderá ser:
- CONTRIBUTÁRIO**, ou seja, o prêmio será integralmente pago pelo segurado.
 - PARCIALMENTE CONTRIBUTÁRIO**, ou seja, o prêmio será pago pelos segurados e Estipulante e/ou Subestipulante.
 - NÃO CONTRIBUTÁRIO**, ou seja, o prêmio será integralmente pago pelo Estipulante e/ou Subestipulante.
- 10.2. A forma de custeio será definida no Contrato.

11. REGIME FINANCEIRO

- 11.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante e/ou Subestipulante.
- 11.2. No Regime Financeiro de Repartição Simples, os prêmios pagos, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada segurado para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro.

12. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 12.1. O valor do prêmio inicial será determinado na contratação do seguro, conforme o plano de seguro, a cobertura e o respectivo capital segurado definidos na proposta de adesão.
- 12.2. Para garantir o seu direito à cobertura, o Segurado ou Estipulante e/ou Subestipulantes deverão efetuar o pagamento do prêmio de seguro, conforme forma e periodicidade estipuladas, até a data de seu vencimento.
- 12.3. A forma de pagamento do seguro será por débito em conta corrente nos bancos credenciados da Seguradora ou por fatura, conforme opções determinadas no Contrato e descritas na Proposta de Adesão ou solicitado pelo Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante.

- 12.4. A suspensão de autorização de débito caracterizará a inadimplência, sendo aplicado o disposto nos itens 17 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.
- 12.5. A periodicidade de pagamento do prêmio será determinada no Contrato e poderá ser: Mensal, Trimestral, Semestral, Anual à vista ou fracionado. A periodicidade será determinada na Proposta de Adesão ou solicitada pelo Segurado, nos casos que o pagamento não for realizado por fatura emitida ao Estipulante e/ou Subestipulante.
- 12.6. Fica facultado à Seguradora, mediante comunicação prévia ao Segurado/Estipulante, alterar a periodicidade de pagamento indicada na proposta de adesão, caso o prêmio não atinja o valor mínimo estabelecido para o plano de seguro.
- 12.7. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o Segurado poderá efetuar o pagamento do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de sua cobertura e sem acréscimo de valor.
- 12.8. Em caso de atraso no pagamento do prêmio será observado o disposto nos itens 17 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.
- 12.9. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo de tolerância para pagamento do prêmio, conforme descrito no item 17 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado se o pagamento do prêmio for realizado dentro do prazo.
- 12.10. Qualquer indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado pelo Segurado até a data de vencimento estabelecida.
- 12.11. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação de taxas do seguro, conforme previsto no item 13 – REAVALIAÇÃO DE TAXAS destas Condições Contratuais.
- 12.12. **NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NOS ITENS 17, 18, 19, 20 E 21.**
- 12.13. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio serão pagos por quem a legislação determinar, não podendo haver estipulação expressa.

13. REAVALIAÇÃO DE TAXAS

- 13.1. Na ocasião da renovação da apólice, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias, conforme legislação vigente.
- 13.2. As alterações de taxas de seguro que implicarem em ônus para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

14. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 14.1. O início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão pela Seguradora.

- 14.2. No caso de propostas recebidas com o pagamento do prêmio total ou parcial, o início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela Seguradora.**
- 14.3. A vigência do seguro será pelo prazo de 12 (doze) meses, podendo, entretanto ser determinado período diferente no Contrato, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de seu vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos. Nos seguros plurianuais a vigência máxima será de 5 (cinco) anos.
- 14.4. A cobertura individual terá vigência pelo período em que a apólice coletiva estiver em vigor, ou seja, até o término de sua vigência, caso esta não seja renovada, respeitada a vigência dos prêmios pagos e o previsto nas condições contratuais.**
- 14.5. O certificado individual e seus endossos terão início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
- 14.6. Em cada uma das renovações da cobertura individual será emitido novo certificado individual ao(s) Segurado(s).

15. RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO

- 15.1. Para a hipótese de contratação em que os capitais segurados são na forma de múltiplo salarial, não haverá incidência da atualização monetária prevista no item 16, pois estes serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que Estipulante e/ou Subestipulante comunicar à Seguradora.

16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 16.1. O CAPITAL SEGURADO E OS PRÊMIOS DE CADA SEGURADO SERÃO ATUALIZADOS ANUALMENTE, COM BASE NA VARIAÇÃO DO IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO DA FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA OU DO IGP-M/FGV - ÍNDICE GERAL DE PREÇOS DE MERCADO DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, CONFORME DEFINIDO EM CONTRATO, ACUMULADO DOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES ATÉ O 2º (SEGUNDO) MÊS ANTERIOR AO ANIVERSÁRIO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL.**
- 16.2. Quando adotada a atualização monetária pelo IPCA/IBGE, no caso de extinção do índice pactuado, será adotado o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.
- 16.3. Quando adotada a atualização monetária pelo IGP-M/FGV, no caso de extinção do índice pactuado será adotado o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.
- 16.4. Nos casos de recálculo de capital, previstos no item 15, não caberá atualização monetária.

17. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO

- 17.1. NA CONTRATAÇÃO, EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO OU DO PRÊMIO ANUAL À VISTA ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO NÃO ESTARÁ CARACTERIZADA A EFETIVAÇÃO DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO.**

- 17.2. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À 1ª (PRIMEIRA) OU DO PRÊMIO ANUAL À VISTA COBRADO NA RENOVAÇÃO OU ENDOSSO ANUAL DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA INICIARÁ A CONTAGEM DE PRAZO DE TOLERÂNCIA DE 90 (NOVENTA) DIAS PARA REGULARIZAÇÃO DO PAGAMENTO, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE VENCIMENTO DO 1º (PRIMEIRO) PRÊMIO INADIMPLENTE.**
- 17.2.1. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA, DESCRITO NO ITEM 17.2, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS DURANTE A INADIMPLÊNCIA, MAS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO FICARÁ CONDICIONADO AO RECEBIMENTO DO(S) PRÊMIO(S) DEVIDO(S), COM OS ENCARGOS PREVISTOS NOS ITENS 17.6, 17.6.1. E 17.7.**
- 17.3. APÓS O TÉRMINO DO PRAZO DE TOLERÂNCIA, MENCIONADO NO ITEM 17.2, SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO, O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO.**
- 17.4. NÃO CABERÁ RESTITUIÇÃO DE QUALQUER PARCELA DE PRÊMIO MENSAL QUE JÁ TENHA SIDO PAGA OU EM CASO DE PRÊMIO ANUAL À VISTA OU FRACIONADO, TRIMESTRAL OU SEMESTRAL CUJA VIGÊNCIA DO ÚLTIMO PRÊMIO PAGO JÁ TENHA TERMINADO.**
- 17.5. NÃO HAVERÁ REATIVAÇÃO DE PROPOSTA DE ADESÃO CANCELADA.**
- 17.6. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDOS DA VARIAÇÃO POSITIVA DO IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO DA FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DO VENCIMENTO DO PRÊMIO EM ATRASO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SEU EFETIVO PAGAMENTO, CALCULADA NA BASE PRÓ-RATA DIA.**
- 17.6.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 17.6, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.**
- 17.7. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 17.6, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO, DE 1% (UM POR CENTO) AO ANO “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**
- 17.8. SERÃO APLICADAS AS REGRAS DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO ACIMA CITADAS, NOS CASOS EM QUE O ESTIPULANTE NÃO REPASSAR O PRÊMIO À SEGURADORA.**

18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 18.1. A cobertura do segurado termina:**
- a) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências em curso dos seguros individuais, cujo(s) prêmio(s) tenham sido pagos integralmente;**
 - b) quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago;**

- c) em caso de rescisão da apólice, segundo as regras estabelecidas nas condições contratuais;
- d) com a exclusão do segurado da apólice:
- i. pela Morte do segurado ou pelo pagamento da indenização por: Invalidez Permanente Total por Acidente ou Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença;
 - ii. por atraso no pagamento do prêmio por período superior ao descrito no item 17.2;
 - iii. Pelo não repasse do prêmio pelo Estipulante à Seguradora, conforme item 17.8;
 - iv. devido a cancelamento a pedido do segurado protocolado na seguradora ou cancelamento a pedido da seguradora, desde que por escrito:
 - Caso o segurado tenha optado por periodicidade de pagamento de prêmio diferente de mensal, a seguradora reterá do prêmio, além dos emolumentos, a parte do tempo decorrido, calculado na base “pró-rata dia”;
 - Em caso de pagamento mensal a cobertura permanecerá vigente até o final do período de vigência vinculado a última parcela mensal paga pelo segurado. Neste caso não caberá à devolução de prêmio e o cancelamento será efetivado a partir da parcela subsequente.
- e) com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante e/ou Subestipulante; e
- f) com esgotamento dos limites máximos de indenização.
- 18.2. Além das situações mencionadas, a cobertura de cada Segurado Dependente termina:
- a) com o cancelamento do seguro do Segurado Principal;
 - b) se o Segurado Principal deixar o Grupo Segurado;
 - c) com a Morte ou com o pagamento da indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente ou Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença do Segurado Principal;
 - d) com a Morte ou com o pagamento da indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado Dependente Cônjuge, quando tiver sido contratada a Inclusão FACULTATIVA de Cônjuge;
 - e) no caso de término da condição de Dependente;
 - f) a pedido do Segurado Principal; ou
 - g) com a inclusão do Dependente no Grupo Segurável Principal.

19. PERDA DE DIREITOS

- 19.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ O PRÊMIO DO SEGURO E TERÁ AINDA O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, SE O SEGURADO AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO, OU CASO O ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE, O SEGURADO, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU CORRETOR OU SEU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS):
- A) FIZER(EM) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO. NESTE CASO, O SEGURADO TAMBÉM FICARÁ OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO;
 - B) FALTAR COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTE SEGURO;

- C) NO CASO DE FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULAR ACIDENTE OU AGRAVAR AS SUAS CONSEQÜÊNCIAS.**
- 19.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE, DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, A 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 OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:**
- A) 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**
- B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU 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, MEDIANTE COBRANÇA DA DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.**
- 19.3. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À COBERTURA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL.**
- 19.3.1. COMUNICADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, A SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO.**
- 19.3.2. ENTRE OUTRAS OCORRÊNCIAS, TAMBÉM SE CARACTERIZA COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: MUDANÇA DE ATIVIDADE OU DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE.**
- 19.3.3. A RESCISÃO DO CONTRATO DO SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, RESPEITADO O SUBITEM iv DA ALÍNEA d) DO ITEM 18.**

20. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 20.1.** A apólice de seguro terá vigência de 12 (doze) meses, podendo, entretanto ser determinado período diferente no Contrato, com renovação automática, por uma única vez, por igual período. Nos seguros plurianuais a vigência máxima será de 5 (cinco) anos.

- 20.1.1. A apólice poderá não ser renovada por expressa desistência do Estipulante ou da Seguradora, até 60 (sessenta) dias antes do seu aniversário, e desde que haja comunicação prévia de igual período ao Segurado.**
- 20.2. A renovação da apólice deverá ser por escrito entre o Estipulante e/ou Subestipulante e a Seguradora, a qualquer tempo, até o último dia da vigência em curso, salvo se a Seguradora ou o Estipulante e/ou Subestipulante tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação.**
- 20.3. Caso haja, na renovação, qualquer alteração na apólice, que implique ônus, deveres adicionais aos segurados ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante e/ou Subestipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.**
- 20.4. A apólice e endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.**
- 20.5. ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.**

21. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 21.1. CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NO ITEM 23 – MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA, DESDE QUE HAJA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO, E MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (SESENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO AOS SEGURADOS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.**
- 21.2. ESTE SEGURO SÓ PODERÁ SER RESCINDIDO, DURANTE A VIGÊNCIA DA APÓLICE COLETIVA, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES CONTRATANTES, DEVENDO HAVER ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO.**
- 21.3. A SEGURADORA NÃO PODERÁ CANCELAR A APÓLICE COLETIVA DURANTE O PRAZO DE VIGÊNCIA SOB A ALEGAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA NATUREZA DOS RISCOS.**

22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 22.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o segurado ou seu beneficiário deverá comunicar imediatamente o sinistro por meio da Central de Atendimento da Seguradora.**
- 22.2. Para o processo de regulação de sinistro deverão ser apresentados pelo segurado ou beneficiários os documentos relacionados a seguir:**
- 22.2.1. Documentação para qualquer evento:**
- a) Formulário “aviso de sinistro” assinado;**
 - b) Cópia do RG e CPF do segurado que sofreu o sinistro;**

- c) Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante).
- 22.2.2.** Para o evento **Morte, além dos documentos descritos no item 22.2.1**, deverão ser apresentados também os seguintes documentos:
- a) Certidão de óbito da pessoa que sofreu o sinistro;
 - b) Quando a **Morte tiver ocorrido por acidente, além do documento descrito na letra “a)” deste item**, também deverão ser apresentados:
 - i. Cópia do Laudo de Necropsia;
 - ii. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), **se cabível**;
 - iii. Cópia do Brevê de Piloto, **em caso de acidente aeronáutico e se o segurado for o piloto**;
 - iv. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), **se acidente automobilístico e o segurado for o condutor**;
 - v. Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
 - vi. Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for a segurada).
- 22.2.3.** Para o pedido de **reembolso de despesas** da cobertura de **Auxílio Funeral**, além dos documentos descritos nos itens 22.2.1 e 22.2.2, deverão ser apresentados também:
- a) Cópias do RG, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com funeral;
 - b) Notas fiscais e recibos das despesas com funeral.
- 22.2.4.** O(s) **beneficiário(s) indicado(s)** pelo segurado, além dos documentos descritos nos itens 22.2.1 e 22.2.2, deverão apresentar também os seguintes documentos:
- a) Cópias de RG(s) e CPF(s);
 - i. Na falta do RG, para beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento.
 - ii. **Independente da idade do(s) beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) certidão(ões) de nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do(s) CPF(s) dele(s).**
 - b) Se o cônjuge for o beneficiário do seguro é necessário o envio da Certidão de Casamento, extraída no cartório após o óbito, **necessária somente** caso o estado civil do segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo. Em caso de companheiro(a) é necessária Declaração que comprove união estável ou condição equiparada, firmada em cartório, ou emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o companheiro(a) seja dependente do segurado.
 - c) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato.
 - i. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):
 - Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);
 - Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s).

22.2.5. Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado, o(s) beneficiário(s) legal(is), além dos documentos descritos nos itens 22.2.1 e 22.2.2., deverão apresentar também os documentos descritos no item 22.2.4 e:

- a) Declaração do(s) herdeiro(s) legal(is) com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado, contendo o nome completo e suas respectivas datas de nascimento;

22.2.6. Para o evento Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, além dos documentos descritos no item 22.2.1 e subitens “ii” até “vi” da letra “b)” do item 22.2.2, deverão ser apresentados também:

- a) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica, assinado pelo segurado ou seu representante legal, quando for o caso;
- b) No lugar do Boletim de Ocorrência, citado no subitem “ii” da letra “b)” do item 22.2.2, poderá ser apresentada a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), **se cabível**;
- c) Exame de corpo delito, **quando indicado**;
- d) Relatório médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório;
- e) Cópia da carta de concessão de aposentadoria, no caso de IPA Total (**se houver**);
- f) Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia);
- g) **No caso de alienação mental, total e incurável**: além da comprovação médica, será necessária também a Certidão de Interdição Judicial definitiva.

22.2.7. Documentação complementar para o evento Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:

- a) Através do formulário de Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, este deverá comunicar à Sociedade Seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante.
- b) Relatório do médico-assistente do Segurado contendo:
- A indicação da data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, qualificada pela data em que esta foi oficialmente diagnosticada;
 - Informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido nos itens 3.2.3.2 e 3.2.3.3 - *Dos Riscos Cobertos*;
 - Detalhamento do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado;
- c) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
- d) Diagnóstico conclusivo, acompanhado do histórico da patologia e exames pertinentes que comprovem o relatório médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais.

22.2.7.1. Após o pagamento da indenização, o Segurado será automaticamente excluído da apólice.

- 22.2.8.** Para a **Cobertura Suplementar da Inclusão Facultativa ou Automática de Cônjuge** deverão ser apresentados os mesmos documentos solicitados em caso de sinistro do Segurado Principal, **conforme cada evento**, descritos no item 22.2 e **também**:
- a) Certidão de casamento extraída após o óbito, caso o estado civil seja: casado, divorciado, separado ou viúvo; ou
 - b) Declaração de união estável ou condição equiparada, firmada em cartório, ou emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o companheiro(a) seja dependente do segurado.
- 22.2.9.** Para a **Cobertura Suplementar de Inclusão de Filhos** deverão ser apresentados os mesmos documentos solicitados em caso de sinistro do Segurado Principal, **conforme cada evento**, descritos no item 22.2 e **também** a Certidão de Nascimento.
- 22.3. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA ATRAVÉS DE DECLARAÇÃO MÉDICA.**
- 22.4. A SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O DIAGNÓSTICO.**
- 22.5.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora poderá propor ao segurado a constituição de junta médica, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação.
- 22.6.** A junta médica de que trata o item 22.5, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela Seguradora.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.
- 22.7. O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES OU DO SEGURADO SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM, E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA MÉDICA, A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR COM TODAS AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.**
- 22.8. A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DE COMPROVAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE EVENTO COBERTO.**
- 22.9.** Os menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.
- 22.10. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO, DO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.**

- 22.11. O Segurado, ao contratar o seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares.** Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado por meio de seu médico assistente.
- 22.12. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas no item 22.2.**
- 22.13. A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos ou exames complementares além dos mencionados no item 22.2, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 22.12, voltando a correr, a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.**
- 22.14. SERÃO CONSIDERADOS COMO PENDENTES, SEM CONTAGEM DE PRAZO PARA PAGAMENTO, OS PROCESSOS DE SINISTRO COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA ATÉ A DATA DO PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO DOCUMENTO EXIGIDO, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL.**
- 22.15. A NÃO ENTREGA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EM ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS, SEM QUALQUER JUSTIFICATIVA, ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO ADMINISTRATIVAMENTE. O PROCESSO PODERÁ SER REABERTO A QUALQUER TEMPO, MEDIANTE SOLICITAÇÃO DO BENEFICIÁRIO COM A APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS, OBSERVADO O PRAZO PRESCRICIONAL PREVISTO EM LEI.**
- 22.16. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTE ITEM 22, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS DESDE A DATA DO EVENTO PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 22.16.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 22.16 o índice a ser utilizado será o GP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.**
- 22.16.2. PARA OS CASOS DE PAGAMENTO ANUAL À VISTA, O CÁLCULO DE ATUALIZAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES SERÁ EFETUADO CONSIDERANDO-SE A ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA APLICADA SOBRE O CAPITAL SEGURADO, CONFORME PREVISTO NO ITEM 16 ATÉ O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 22.17. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 22.16, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA, DE 1% (UM POR CENTO) AO ANO “PRO-RATA-TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**

- 22.18.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 22.19.** A indenização de qualquer uma das coberturas contratadas será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.
- 22.20.** Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.
- 22.21. Para a Cobertura de Auxílio Funeral:**
- 22.21.1.** O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do capital segurado vigente na data do evento, bem como ao valor efetivamente dispendido pelo beneficiário.
- 22.21.2.** O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizando monetariamente.
- 22.22.** As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

23. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

- 23.1. EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQUÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM OS SEGURADOS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.**
- 23.2. PARA OS SEGURADOS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO.**
- 23.3.** Caso o Estipulante e/ou Subestipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato, ao longo de sua vigência, que implique em ônus, dever aos segurados ou redução de seus direitos, deverá apresentar à Seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- a) A alteração só será válida e eficaz se a Seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo Endosso.**
- b) No caso de aceitar a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.**
- c) A seguradora deverá, sendo caso, manifestar sua recusa à proposta de alteração no prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da proposta do Estipulante e/ou Subestipulante apresentada na forma acima.**
- d) No caso de solicitação de documentos complementares, para análise da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.**

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE:

24.1. SÃO OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

- a) FORNECER À SEGURADORA TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO, PREVIAMENTE ESTABELECIDAS POR AQUELA, INCLUINDO DADOS CADASTRAIS;
- b) MANTER A SEGURADORA INFORMADA A RESPEITO DOS DADOS CADASTRAIS DOS SEGURADOS, ALTERAÇÕES NA NATUREZA DO RISCO COBERTO, BEM COMO QUAISQUER EVENTOS QUE POSSAM, NO FUTURO, RESULTAR EM SINISTRO, DE ACORDO COM O DEFINIDO CONTRATUALMENTE;
- c) FORNECER AO SEGURADO, SEMPRE QUE SOLICITADO, QUAISQUER INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CONTRATO DE SEGURO;
- d) DISCRIMINAR O VALOR DO PRÊMIO DE SEGURO NO INSTRUMENTO DE COBRANÇA, NA FORMA ESTABELECIDADA;
- e) REPASSAR OS PRÊMIOS DE SEGURO À SEGURADORA, NOS PRAZOS ESTABELECIDOS CONTRATUALMENTE, QUANDO COUBER;
- f) REPASSAR AOS SEGURADOS TODAS AS COMUNICAÇÕES OU AVISOS INERENTES À APÓLICE, QUANDO FOR DIRETAMENTE RESPONSÁVEL PELA SUA ADMINISTRAÇÃO;
- g) DISCRIMINAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO RISCO, NOS DOCUMENTOS E COMUNICAÇÕES REFERENTES AO SEGURO EMITIDOS PARA O SEGURADO;
- h) COMUNICAR, DE IMEDIATO, À SEGURADORA, A OCORRÊNCIA DE QUALQUER SINISTRO OU EXPECTATIVA DE SINISTRO REFERENTE AO GRUPO QUE REPRESENTA, ASSIM QUE DELES TIVER CONHECIMENTO, QUANDO ESTA COMUNICAÇÃO ESTIVER SOB SUA RESPONSABILIDADE;
- i) DAR CIÊNCIA AOS SEGURADOS DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS ESTIPULADOS PARA A LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS;
- j) COMUNICAR, DE IMEDIATO, A SUSEP, QUAISQUER PROCEDIMENTOS QUE CONSIDERAREM IRREGULARES QUANTO AO SEGURO CONTRATADO;
- k) FORNECER A SUSEP QUAISQUER INFORMAÇÕES SOLICITADAS, DENTRO DO PRAZO POR ELA ESTABELECIDO;
- l) INFORMAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SEGURADORA, BEM COMO O PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO NO RISCO, NO CASO DE COSSEGURO, EM QUALQUER MATERIAL DE PROMOÇÃO OU PROPAGANDA DO SEGURO, EM CARACTERE TIPOGRÁFICO MAIOR OU IGUAL AO DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE; E
- m) CUMPRIR TODAS AS CLÁUSULAS DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

24.2. É VEDADO AO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE:

- a) COBRAR, DOS SEGURADOS, QUAISQUER VALORES RELATIVOS AO SEGURO, ALÉM DOS ESPECIFICADOS PELA SEGURADORA;
- b) RESCINDIR O CONTRATO SEM ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE UM NÚMERO DE SEGURADOS QUE REPRESENTA, NO MÍNIMO, $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO;
- c) EFETUAR PROPAGANDA E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM PRÉVIA ANUÊNCIA DA SEGURADORA, E SEM RESPEITAR A FIDELIDADE DAS INFORMAÇÕES QUANTO AO SEGURO QUE SERÁ CONTRATADO; E

- d) **VINCULAR A CONTRATAÇÃO DE SEGUROS A QUALQUER DE SEUS PRODUTOS, RESSALVADA A HIPÓTESE EM QUE TAL CONTRATAÇÃO SIRVA DE GARANTIA DIRETA A ESTES PRODUTOS.**

25. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

- 25.1.** A propaganda e promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou Subestipulante e ou corretor, somente poderão ser feitas com autorização expressa da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas de seguro. Fica a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações **por ela expressamente autorizada.**
- 25.2.** A divulgação do seguro sem a prévia autorização da seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas adesões e/ou no cancelamento do seguro.

26. PRESCRIÇÃO

- 26.1.** Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

27. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- 27.1.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 27.2.** 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.
- 27.3.** Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.
- 27.4.** Qualquer modificação da apólice em vigor que implique dever ou ônus aos segurados ou a redução dos seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 27.5.** As condições contratuais deste produto protocoladas pela Seguradora na SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da proposta de adesão.

28. FORO

- 28.1.** Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.
- 28.2.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.