

SEGURO DE VIDA EM GRUPO CAPITAL GLOBAL

Condições Gerais

Versão 2.0

CNPJ 28.196.889/0001-43
Processo SUSEP 15414.005138/2011-71

ÍNDICE

1. DEFINIÇÕES.....	4
2. OBJETIVO DO SEGURO.....	7
3. GRUPO SEGURÁVEL.....	7
4. GRUPO SEGURADO.....	7
5. ESTIPULANTE.....	7
6. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	7
7. SEGURADO TITULAR.....	8
8. SEGURADO DEPENDENTE.....	8
9. PARTICIPAÇÃO DE DEPENDENTES.....	8
10. COBERTURAS DO SEGURO.....	9
11. RISCOS EXCLUÍDOS EM TODAS AS COBERTURAS.....	12
12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	14
13. CAPITAL SEGURADO.....	14
14. ATUALIZAÇÃO ANUAL DE VALORES.....	14
15. CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO.....	14
16. ACEITAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO.....	15
17. INÍCIO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL.....	15
18. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO.....	16
19. REENQUADRAMENTO ANUAL DA TAXA DO SEGURO.....	16
20. CUSTEIO DO SEGURO.....	16
21. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS MENSAIS.....	16
22. SUSPENSÃO DAS COBERTURAS.....	16
23. BENEFICIÁRIOS.....	17
24. PROCEDIMENTOS EM CASO SINISTRO.....	17
25. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	18
26. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	19
27. VALOR DA INDENIZAÇÃO.....	19
28. JUNTA MÉDICA.....	20
29. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	20
30. BASES TÉCNICAS DO SEGURO.....	21
31. PRESCRIÇÃO.....	21

32. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	21
33. DISPOSIÇÕES GERAIS	21
34. FORO	21
CLÁUSULA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS ESPECÍFICAS	24
1. OBJETO	24
2. GARANTIA DO SEGURO	24
3. RISCOS EXCLUÍDOS	24
4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	24
5. CAPITAL SEGURADO	24
6. INÍCIO DA COBERTURA	24
7. BENEFICIÁRIOS.....	25
8. TÉRMINO DA COBERTURA.....	25
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	25
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	25
OUVIDOR E DEFENSOR DO SEGURADO	26

SEGURO DE VIDA EM GRUPO – CAPITAL GLOBAL – VERSÃO 2.0

1. DEFINIÇÕES

Este documento, designado Condições Gerais para o Seguro de Vida Coletivo na modalidade Capital Global da Seguradora, que é especializada na comercialização e administração de Seguros de Pessoas e autorizada a operar pela **Superintendência de Seguros Privados – SUSEP** vem estabelecer, os direitos e as obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários em relação a este seguro.

Nestas Condições Gerais as expressões ou palavras que apresentamos neste item, terão o significado abaixo. Estas expressões aparecem no texto e o masculino incluirá o feminino e o singular incluirá o plural, a menos que o contexto indique o contrário.

Acidente Pessoal

O evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, que tenha como consequência direta a morte ou a invalidez do Segurado, observando-se que:

Incluem-se, nessa definição:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de Indenização, a Acidente Pessoal, desde que ocorrido após dois anos de vigência do Seguro;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Excluem-se dessa definição:

- a) **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) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **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 neste item.**

Apólice

É o documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação das coberturas solicitadas pelo Estipulante, bem como os direitos e deveres das partes contratantes.

Aviso de Sinistro

Meio pelo qual o Segurado, terceiro ou seu representante legal comunica à Seguradora a ocorrência do Evento Coberto e cujas características estão ligadas às circunstâncias previstas nestas Condições Gerais.

Beneficiário

Pessoas Físicas indicadas pelo Segurado a favor da qual é devida a indenização em caso de sinistro.

Capital Total Global Segurado

Na contratação do Seguro, o Capital Segurado Global (Total) do Grupo Segurado em cada categoria será estabelecido na Proposta de Contratação e na Apólice, para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais e vigentes na data do Sinistro e que servirá de base para o cálculo do Capital Individual de Referência.

Capital Individual de Referência

É o resultado da divisão do Capital Total Global Segurado em partes iguais entre todos os Segurados na data do Sinistro e que será utilizado como base para o pagamento de uma indenização, em função dos valores estabelecidos para as Coberturas constante da Apólice. O Capital Segurado Individual de Referência pode variar em função da inclusão ou exclusão de Segurados durante o período de vigência.

Cobertura

É o compromisso da Seguradora em relação ao pagamento de uma indenização, caso ocorra um dos eventos definidos nas Coberturas contratadas pelo Estipulante, observando-se os riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais do Seguro.

Condições Gerais

É o documento que estabelece os direitos e as obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários em relação a este Seguro.

Corretor

Pessoa física ou Jurídica, devidamente habilitada para intermediar e promover a contratação de seguros, com poderes para representar o Estipulante junto à Seguradora. O Estipulante 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.

Doença em Estágio Terminal

É a doença grave, para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, sem perspectiva de recuperação.

Estipulante

É a pessoa jurídica que contrata o seguro, conforme os critérios de aceitação da Seguradora previstos nestas Condições Gerais, representando todo o Grupo Segurado a ela vinculado.

Evento Coberto

Evento Coberto é o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevisível, descrito nas Coberturas e ocorrido durante o Período de Vigência do Seguro, observando-se os riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais do Seguro.

Evento Preexistente

São acidentes sofridos, estados mórbidos, moléstias de que se sabe acometido, de procedimentos e tratamentos médicos a que se tenha submetido e de internações e intervenções cirúrgicas sofridas, doenças preexistentes a inclusão no seguro, bem como suas consequências, dos quais o Segurado tenha conhecimento, e não informados no momento da solicitação do Seguro.

Garantias Contratadas

Corresponde ao conjunto de coberturas contratadas pelo Estipulante, e definidas na Proposta de Contratação de Seguro, as quais determinam os riscos assumidos pela Seguradora perante o Estipulante e o Segurado.

Grupo Segurado

Para efeito deste seguro, o grupo segurado, representado pelo conjunto dos componentes do grupo segurável efetivamente aceito no seguro, cuja cobertura esteja em vigor e gerando os respectivos prêmios de seguro.

Grupo Segurável

É o conjunto de pessoas físicas vinculadas ao Estipulante, que reúne as condições para inclusão no Seguro.

Hipossuficiência

Qualidade de vulnerabilidade de certas categorias especiais de consumidores, oriunda de condições físico-psíquicas, econômicas ou circunstanciais, fazendo com que mereçam maior cuidado nas práticas comerciais e publicitárias.

Indenização

É o valor que a Seguradora deverá pagar ao segurado ou a seu(s) beneficiário(s) em decorrência de um evento coberto por este seguro.

Início de Vigência

A data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão assumidas pela Seguradora.

Índice de Atualização Monetária

É o índice adotado para fins de atualização monetária dos valores referentes a este Seguro, aplicado em conformidade com o estabelecido nestas Condições Gerais do Seguro.

Má-fé

Intenção dolosa. Para efeitos deste contrato, será considerada má-fé o fornecimento intencional de informações inexatas, incompletas ou as omissas, mesmo que parcialmente, pelo Segurado ou Estipulante.

Médico-Assistente

Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

Moradia Habitual

Entende-se por Moradia Habitual o lugar em que o Segurado mantém a sua residência habitual no Brasil.

Nota Técnica Atuarial

Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser submetido à SUSEP previamente à comercialização.

Período de Cobertura

Período de Cobertura é o período durante o qual o Segurado fará jus às Coberturas contratadas.

Prazo de Carência

É o período de tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de Início de Vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito à Indenização da cobertura prevista nestas Condições Gerais.

Prêmio do Seguro

É o Valor a ser pago pelo Estipulante do Seguro à Seguradora, para que assuma a responsabilidade pelas Coberturas contratadas.

Proponente

É a pessoa física interessada em contratar o Seguro e que passará à condição de Segurado somente após a aceitação da Proposta de Contratação pela Seguradora.

Proposta de Contratação

É a manifestação da Estipulante, expressando sua intenção pela contratação do seguro, a qual será submetida à aceitação da Seguradora para análise do risco.

Risco Coberto

Evento incerto e de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro. O risco é a possibilidade de ocorrência do sinistro.

Riscos Excluídos

São os Eventos previstos nestas Condições Gerais como riscos não cobertos pelo Seguro.

Segurado

É o Proponente sobre a qual se fará a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro, representado pela Estipulante.

Seguradora

É a pessoa jurídica legalmente constituída, autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil, e que recebendo o prêmio, assume o risco de indenizar o Segurado ou beneficiário, em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo contrato de seguro.

Seguro

Estas Condições, por meio do qual a Seguradora, mediante recebimento do Prêmio, obriga-se a garantir as Coberturas contratadas, pagando a Indenização ao Segurado ou ao Beneficiário caso ocorra o evento coberto.

Seguro Compulsório

Seguro custeado integralmente pelo Estipulante, com adesão obrigatória para todos os componentes do Grupo Segurável que atendem as disposições destas Condições Gerais.

Seguro Não Contributivo

Seguro no qual o Prêmio é totalmente custeado pelo Estipulante.

Sinistro

É a ocorrência de um evento coberto pelas Coberturas contratadas por este seguro, que gera ao segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) o direito ao recebimento da indenização correspondente, de acordo com estas Condições Gerais.

SUSEP

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

Tábua Biométrica

Base de cálculo para estabelecimento da taxa do seguro, formalizada a partir da expectativa de duração da vida humana.

Taxa

Valor que, aplicado sobre o Capital Total Global Segurado, determina o custo do seguro.

Traslado

Transporte do corpo do local do óbito até o local de sepultamento no Brasil.

Vigência do Seguro

Período de tempo que determina o prazo de validade das condições determinadas na Proposta e Apólice, pactuadas entre a Seguradora e o Estipulante, desde que haja o recolhimento dos prêmios junto à Seguradora, fazendo jus às coberturas contratadas.

Vigência Individual

Período de tempo em que o Segurado permanece coberto pelo Seguro, enquanto houver o recolhimento dos Prêmios junto à Seguradora.

Regime Financeiro

É a estrutura técnica em que as contribuições pagas por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar todos os benefícios decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

2. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao próprio segurado ou aos seus beneficiários, caso ocorra algum dos eventos cobertos pelas Coberturas contratadas pelo Estipulante e previstas nestas Condições Gerais bem como, estabelecidas na Apólice de seguro de vida coletivo, modalidade capital global.

3. GRUPO SEGURÁVEL

Conjunto de pessoas que apresentam vínculo empregatício ou societário, concreto e efetivo, junto a um mesmo empregador. Incluem-se também, no grupo segurável, cônjuges e filhos na condição de segurados dependentes.

4. GRUPO SEGURADO

Para efeito deste seguro, o grupo segurado, representado pelo conjunto dos componentes, do grupo segurável, efetivamente aceitos no seguro, cuja cobertura esteja em vigor e gerando os respectivos prêmios de seguro, será dividido em duas categorias:

4.1. Funcionários

Constituída pelos funcionários com vínculo empregatício e devidamente registrado na Estipulante contratante, constantes exclusivamente nas Guias de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social – GFIP e/ou Guia de Recolhimento do FGTS – GRF com código 115 (recolhimento no prazo ou em atraso), do mês imediatamente anterior ao da contratação do seguro, em condições normais de saúde, em plena atividade de trabalho e com no mínimo 14 (quatorze) e no máximo 65 (sessenta e cinco) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade.

Não participam do seguro:

- Qualquer funcionário que apresente codificação diferente de 1 ou 5 (não exposição a agente nocivo) no campo 33 (ocorrência) da GFIP e/ou GRF ou que não pertença às categorias 1 (empregado), 3 (empregado afastado para prestar serviço militar) e 4 (empregado contratado por prazo determinado);**
- Funcionários com idade inferior a 14 (quatorze) anos de idade antes do início de vigência do seguro;**
- Funcionários com idade superior a 65 (sessenta e cinco) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade, exceto se completados após o início individual de vigência do seguro;**
- No momento da contratação do seguro, funcionários em situação de rescisão do contrato de trabalho;**
- No momento da indenização, funcionários em situação de rescisão do contrato de trabalho com recolhimento através da Guia de Recolhimento Rescisório do FGTS – GRFP.**

4.2. Sócios/Diretores

Constituída pela totalidade dos dirigentes devidamente registrados na Estipulante, constantes exclusivamente nas Guias de Recolhimento do FGTS e Informações a Previdência Social – GFIP e/ou Guia de Recolhimento do FGTS – GRF com código 115 (recolhimento no prazo ou em atraso), do mês imediatamente anterior ao da contratação do seguro, bem como os “Diretores Não Empregados” equiparados sujeitos ao regime do FGTS nos termos do Art.16 da Lei nº 8.036 de 11 de maio de 1990, desde que constem da GFIP e/ou GRF específica para este tipo de depósito, ou seja, Guia de Recolhimento com identificação de depósito – código “5” (Diretor Não Empregado) e Sócios/Diretores não constantes da GFIP e/ou GRF, desde que os mesmos figurem no Contrato Social/Estatuto da Empresa ou da última alteração contratual da Estipulante, desde que em plena atividade de trabalho e com no mínimo 14 (quatorze) e no máximo 65 (sessenta e cinco) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias de idade.

O Estipulante assume total responsabilidade em relação às condições normais de saúde e plena atividade de trabalho dos segurados participantes no seguro, não cabendo a seguradora responsabilidade no pagamento de indenizações, caso se verifique que o empregado/diretor/sócio não se encontrava apto a participar do grupo segurado, quando de sua inclusão no seguro.

Não será permitida a contratação do seguro somente para os Sócios/Diretores da Estipulante, sendo obrigatória à inclusão de no mínimo 100% (cem por cento) dos funcionários.

5. ESTIPULANTE

É a pessoa jurídica que contratou o presente seguro, a qual fica investida dos poderes de representação dos segurados perante a seguradora. Ao estipulante deverão ser encaminhados as comunicações ou avisos inerentes ao seguro.

6. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- Fornecer à seguradora todas as informações, previamente estabelecidas, necessárias para a análise e aceitação do risco, incluindo dados cadastrais;

- b) Manter a sociedade 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) Pagar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- e) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;
- f) 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;
- g) Comunicar, de imediato, à seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que dele tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- h) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para liquidação de sinistros;
- i) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregular quanto ao seguro contratado;
- j) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e
- k) Com autorização prévia da Seguradora, informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

7. SEGURADO TITULAR

Denomina-se segurado titular, o componente do grupo segurado que mantém vínculo empregatício ou societário com o Estipulante, que atenda aos requisitos de sua categoria, mencionados no item 4 – Grupo Segurado, destas condições gerais.

8. SEGURADO DEPENDENTE

É o cônjuge ou companheira(o) do segurado titular, desde que haja comprovação de união estável na forma da legislação em vigor, bem como seus filhos, enteados e menores considerados dependentes, em conformidade com o regulamento do Imposto de Renda.

9. PARTICIPAÇÃO DE DEPENDENTES

A participação de segurados dependentes no seguro, dar-se-á pela opção de contratação do Plano Familiar, a qual deverá estar devidamente discriminada na Proposta de Contratação.

9.1. Participação de Cônjuge

Poderão fazer parte do seguro os cônjuges dos Segurados Titulares, desde que não pertençam ao grupo segurado na condição de Titular e estejam em condições normais de saúde e com no mínimo 14 (quatorze) anos e no máximo 65 (sessenta e cinco) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.

Equiparam-se aos cônjuges, as(os) companheiras(os) dos Segurados Titulares solteiros, viúvos, separados judicialmente ou divorciados, desde que haja concordância com a anotação feita na sua carteira profissional ou com a declaração do Imposto de Renda, e desde que preenchida as condições dispostas nestas Condições e no Código Civil.

Os cônjuges participam exclusivamente na cobertura básica de Morte por Causas Naturais ou Acidentais, contratada para o Segurado Titular, na razão de 50% (cinquenta por cento) do respectivo Capital Individual de Referência, observado os riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais.

Faculta-se à seguradora o direito de solicitar documentos comprobatórios com relação às condições de saúde do cônjuge.

O seguro do cônjuge cessará automaticamente com o cancelamento do seguro do titular ou com a cessação da condição de dependente.

9.2. Participação de Filhos

Poderão fazer parte do seguro os filhos dos Segurados Titulares desde que contratada a Cobertura de Cônjuge, e não pertençam ao grupo segurado na condição de Titular e estejam em condições normais de saúde.

Serão considerados os filhos legítimos, enteados, adotados ou legalmente reconhecidos como dependentes, menores de 24 (vinte e quatro) anos e solteiros, que não sejam empregados do estipulante, e que sejam dependentes do segurado principal, no regulamento do imposto de renda.

Os filhos maiores de 14 (quatorze) anos participam exclusivamente na cobertura básica de Morte por Causas Naturais ou Acidentais contratada para o Segurado Titular, na razão de 10% (dez por cento) do respectivo Capital Individual de Referência, com valor limitado ao máximo estabelecido na Proposta de Contratação, observado os riscos excluídos previstos nestas condições gerais.

Para filhos menores de 14 (quatorze) anos a cobertura destina-se apenas a prestação do serviço ou o reembolso das despesas com funeral, observando-se que:

- a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do Capital Individual de Referência previsto para filhos;
- b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.
Faculta-se à seguradora o direito de solicitar documentos comprobatórios com relação às condições de saúde dos filhos.

Perderá o direito de ser considerado como dependente do segurado principal, o filho que:

- a) Completar 24 (vinte e quatro) anos após o início de vigência do seguro ou tenha idade igual ou superior a 24 (vinte e quatro) anos no início de vigência do seguro.
- b) For menor de 24 (vinte e quatro) anos, porém casado e/ou emancipado;
- c) For menor de 24 (vinte e quatro) anos, porém não constante na declaração do Imposto de Renda do segurado principal, por estar auferindo rendimentos próprios.

Quando ambos os cônjuges forem componentes Titulares do seguro, os filhos serão segurados apenas uma única vez, considerados para efeito deste item, dependentes do cônjuge com maior Capital Individual de Referência.

O seguro dos filhos cessará automaticamente com o cancelamento do seguro do titular ou com a cessação da condição de dependente.

10. COBERTURAS DO SEGURO

É facultado ao Estipulante à escolha da composição das Coberturas do seguro, a qual deverá ser única para todos os segurados. O conjunto de Coberturas contratadas deverá ser identificado na Proposta de Contratação e poderá ser alterada durante a vigência do seguro, desde que mantido o mesmo capital segurado individual de referência. Devendo para isso proceder com a solicitação do endosso de alteração da cobertura, que passara a ter vigência a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de vencimento da parcela de prêmio relativo ao novo plano solicitado.

Não poderá ser escolhido pelo Estipulante, composições das Coberturas do seguro diferentes entre as categorias qualificadas no item 4 – Grupo Segurado destas condições gerais e é obrigatória a contratação da cobertura básica.

10.1. Cobertura Básica

10.1.1. Morte por Causas Naturais ou Acidentais (MNA)

Desde que contratada e especificada na proposta de contratação, em caso de falecimento do Segurado Titular durante a vigência deste seguro, seja por causas naturais ou acidentais, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital individual de referência previsto para esta cobertura, exceto se o falecimento for decorrente de risco excluído, respeitado o disposto nestas Condições Gerais e as disposições legais aplicáveis.

10.2. Coberturas Adicionais

10.2.1. Reembolso de Despesas Específicas por Morte (RDA)

Garante ao Estipulante, no caso de óbito do segurado, uma indenização de 10% (dez por cento) do capital individual de referência contratado para garantia básica de morte, vigente na data de ocorrência do sinistro, para reembolsar as despesas extraordinárias arcadas pelo próprio estipulante em função do falecimento de seu funcionário (segurado principal), durante a vigência do seguro, exceto:

- Casos em que o falecimento tenha sido em consequência de um acidente de trabalho, salvo se o Estipulante comprovar a isenção de culpabilidade direta ou indireta;
- Se decorrente de risco excluído, respeitado o disposto nestas condições gerais e as disposições legais aplicáveis.

10.2.2. Antecipação da Indenização por Doença Terminal (ADT)

Será antecipado ao Segurado Titular, ou na impossibilidade do mesmo através de seu representante legal, o correspondente a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura Básica (Morte), caso o segurado venha a apresentar, depois de vencida a carência de 180 (cento e oitenta) dias corridos para esta antecipação, contados a partir da data de contratação do Seguro, diagnóstico de uma Doença Terminal, exceto se a Doença for decorrente de riscos excluídos ou em caso de fraude comprovada, durante a vigência do seguro, respeitado o disposto nestas Condições Gerais e as disposições legais aplicáveis.

Considera-se “paciente terminal” os portadores de doenças para os quais foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente 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.

O diagnóstico da Doença Terminal do segurado deverá ser efetuado por profissional médico habilitado, e deverá estar acompanhado dos exames médicos realizados, devendo ocorrer, necessariamente, dentro do período de vigência do Seguro.

Para recebimento da antecipação, deverá ser encaminhado relatório do médico assistente, informando diagnóstico, quadro clínico atual e prognóstico do paciente. Deverão ser encaminhados, ainda, os laudos dos exames que serviram de embasamento ao relatório do médico-assistente.

10.2.3. Auxílio Funeral

Prestação do serviço ou o reembolso dos gastos com o sepultamento ou a cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado), até o limite do Capital Individual de Referência previsto para esta cobertura, especificado na proposta de contratação, em caso de falecimento do segurado, durante a vigência deste seguro, seja por causas naturais ou acidentais, exceto se o falecimento for decorrente de risco excluído, respeitado o disposto nestas Condições Gerais e as disposições legais aplicáveis.

Na composição de coberturas que preveem a participação de segurados dependentes, em caso de falecimento do cônjuge ou filho(s) do segurado titular, a prestação dos serviços funerários será extensiva aos mesmos exceto se o falecimento do cônjuge ou filho(s) for decorrente de risco excluído, respeitado o disposto nestas Condições Gerais e as disposições legais aplicáveis.

Entende-se por “serviço de sepultamento ou cremação” a cobertura das despesas do funeral, conforme os itens abaixo relacionados:

- Urna/caixão;
- Carro para enterro (no município de moradia habitual);
- Carreto/caixão (no município de moradia habitual);
- Serviço assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual);
- Remoção do corpo/traslado (no município de moradia habitual);
- Repatriamento (até o município de moradia habitual);
- Paramentos;
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- Véu; e
- Um enfeite floral e uma coroa.

10.2.3.1. Alcance da Cobertura

O objetivo desta cobertura é a prestação do serviço do sepultamento ou, se for o caso, da cremação em consequência do falecimento de qualquer um dos segurados devidamente inclusos no mesmo.

Não obstante o acima mencionado, o(s) beneficiário(s) do falecido poderão renunciar à prestação desse serviço pela seguradora, recebendo, neste caso, a indenização correspondente ao capital individual de referência para esta Cobertura.

10.2.3.2. Morte Violenta

Em caso de morte violenta (entende-se por “morte violenta” aquela que não é motivada por doença, mas a causada por desastre, suicídio ou homicídio), a família deverá acompanhar o representante da seguradora ao Instituto Médico Legal (IML) para liberação do corpo.

10.2.3.3. Serviço e/ou Pagamento das Indenizações desta Cobertura

A seguradora providenciará os serviços funerários, e os custos serão pagos diretamente à funerária do município, limitados ao capital individual de referência estabelecido para esta Cobertura.

Se, excepcionalmente, o pagamento das despesas for efetuado por um representante da família do segurado, o mesmo será ressarcido mediante a apresentação dos comprovantes originais do pagamento, desde que apresentados antes do pagamento da indenização da Cobertura Básica. A seguradora efetuará o pagamento até o limite das despesas efetuadas, limitado ao capital individual de referência estabelecido para esta garantia na proposta de contratação.

A seguradora poderá solicitar o aumento do capital individual de referência desta cobertura para atender os eventuais aumentos dos custos dos serviços prestados pelas empresas funerárias. Caso tal solicitação não seja aceita pelo estipulante e pelos segurados, a seguradora ficará obrigada apenas a indenizar o valor do capital individual de referência contratado.

10.2.3.4. Forma de Solicitação do Serviço

A família poderá acionar a seguradora por telefone para comunicar o óbito e solicitar os serviços funerários e de assistência. A seguradora enviará um representante que:

a) Em caso de falecimento e sepultamento dentro do município de moradia habitual no Brasil:

- Se dirigirá à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município;
- Irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
- Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a a respeito das providências tomadas.

b) Em caso de falecimento no município de moradia habitual no Brasil com sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:

- Se dirigirá à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município (Neste caso, as despesas com traslado e documentação serão de responsabilidade da família, que deverá tomar todas as providências com relação ao sepultamento em outro município);
- Irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
- Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a a respeito das providências tomadas.

c) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil:

- Tomará todas as providências, inclusive arcará com o custeio do traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de moradia habitual, onde será prestado também o serviço de sepultamento.

d) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:

- Prestará o serviço no local do óbito, preparando toda a documentação necessária para o traslado do corpo e para o sepultamento em outro município; e
- O traslado do corpo será reembolsado pela seguradora, limitado aos valores equivalentes aos que seriam despendidos para o traslado à sua moradia habitual no Brasil.

10.2.3.5. Solicitação dos Serviços de Sepultamento

Para utilizar a Cobertura de Decessos, o segurado, ou seus familiares, contarão com a “Assistência 24 Horas”, que pode ser acessada pelo(s) telefone(s) constante(s) no(s) documento(s) encaminhado(s) ao Estipulante.

10.2.4. Cobertura Adicional de Morte Acidental (MA)

No caso de morte em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto, a seguradora pagará ao(s) beneficiário(s) do seguro uma indenização adicional, correspondente a 100% (cem por cento) do capital individual de referência contratado para Cobertura Básica de Morte, em conformidade com a composição de Coberturas escolhida pelo Estipulante e devidamente identificada na Proposta de Contratação, exceto se decorrente de riscos excluídos, durante a vigência do seguro, respeitado o disposto nestas Condições Gerais e as disposições legais aplicáveis. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidente pessoal.

10.2.5. Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

No caso de Invalidez em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto, a seguradora pagará ao próprio segurado, uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, correspondente a até 100% (cem por cento) do capital individual de referência contratado para a Cobertura Básica de Morte em conformidade com a composição de Coberturas escolhida pelo Estipulante e devidamente identificada na Proposta de Contratação, exceto se decorrente de riscos excluídos, durante a vigência do seguro, respeitado o disposto nestas Condições Gerais e as disposições legais aplicáveis. **Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidente pessoal.**

Não ficando inutilizadas por completo as funções do membro ou do órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação do grau de redução funcional apresentado à porcentagem prevista na tabela, para sua perda total. Na falta de indicação da porcentagem de redução, e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das porcentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

Nos casos não especificados na **Tabela de Invalidez – ANEXO I**, a indenização por invalidez será estabelecida com base na redução permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão. Quando, de um mesmo acidente, resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital individual de referência estabelecido para esta garantia. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder a porcentagem prevista para a sua perda total.

Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso, antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

A perda de dentes e os danos estéticos em consequência de um acidente não dão direito à indenização por Invalidez Permanente.

Se houver pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado, o seguro será automaticamente extinto.

A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada, mediante apresentação à seguradora de declaração médica para essa finalidade. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.

As Coberturas Adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e de Morte Acidental não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do segurado ou a sua Invalidez, Parcial ou Total, em consequência do mesmo acidente, estando na composição das Coberturas escolhidas pelo Estipulante, será deduzida da indenização a ser paga a importância anteriormente já indenizada a título de invalidez.

Considera-se como data da caracterização do evento coberto por esta Cobertura, para efeito de cálculo da indenização e determinação do capital individual de referência, a data do acidente, constatada através da análise das documentações apresentadas.

10.2.6. Cobertura de Cônjuge

Os cônjuges poderão participar exclusivamente na Cobertura de Morte, na razão de 50% (cinquenta por cento) do respectivo Capital Individual de Referência do Segurado Titular, respeitado os riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais.

10.2.7. Cobertura de Filhos

Os filhos dos Segurados Titulares desde que contratada a Cobertura de Cônjuge, poderão participar exclusivamente na cobertura de Morte, na razão de 10% (dez por cento) do respectivo Capital Individual de Referência do Titular, com valor limitado ao máximo estabelecido na Proposta de Contratação e os riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais.

Nos planos que preveem a Cobertura de inclusão Automática de Cônjuge e inclusão Automática de Filhos, na Garantia Básica (morte), em caso de falecimento do cônjuge ou filhos do segurado, a garantia de Auxílio Funeral será extensiva aos mesmos.

Os filhos dos Segurados Titulares, menores de 14 (quatorze) anos, poderão participar exclusivamente na cobertura de Auxílio Funeral.

11. RISCOS EXCLUÍDOS EM TODAS AS COBERTURAS

11.1. Todas as exclusões discriminadas nestas Condições Gerais são aplicáveis ao Segurado Titular e dependentes, quando contratado.

11.2. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência de:

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

- b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se resultantes de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Prática, por parte do segurado, do seu beneficiário ou representante de um ou de outro, de atos ilícitos dolosos ou contrários à Lei, incluindo nesta a direção de veículos terrestres, aquáticos e aéreos sem o devido documento legal de habilitação na situação regular (não cassado, suspenso ou vencido), bem como a morte perpetrada pelo(s) beneficiário(s) do seguro ou com sua cumplicidade.
- d) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, Estipulante (sócios controladores, dirigentes e administradores), seus Beneficiários ou pelos seus representantes legais;
- e) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- f) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza. As exclusões desta alínea não se aplicam aos segurados que, por força de sua profissão e em seu exercício, encontrem-se em atividade a bordo de navios e outras embarcações aquáticas;
- g) Suicídio ou tentativa de suicídio e suas consequências, ocorrido dentro do prazo de até 02 (dois) anos de vigência individual da cobertura do seguro. O mesmo prazo aplica-se aos valores correspondentes ao aumento solicitado de Capital Individual de Referência, a contar da data de processamento da efetiva alteração pela seguradora.

11.3. Exclusão para Atos Terroristas

Não está coberto o evento que ocasione a morte do segurado causada direta ou indiretamente por ato terrorista, próprio ou de terceiro, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

11.4. Além dos riscos mencionados no item 11.2 estão também expressamente excluídos das Coberturas de Morte Acidental e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, os acidentes ocorridos em consequência de:

- a) Doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que comprovadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimentos visíveis;
- b) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
- c) Lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) 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;
- e) Moléstias ou doenças de natureza, de causa ou origem crônica decorrentes da inalação de gases e vapores;
- f) Ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto se a morte por acidente ou a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- g) Viagens em meios de transporte de propriedade do segurado e/ou estipulante que não possuam em vigor autorização para transporte de passageiros, expedida pelas autoridades competentes, bem como, sejam dirigidos sem o devido documento legal de habilitação na situação regular (não cassado, suspenso ou vencido);
- h) Da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou de assistência a pessoa em perigo), a duelo, a crime ou delitos;
- i) Acidentes, bem como suas consequências, ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro.

12. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

As coberturas previstas nestas Condições Gerais aplicam-se para os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

13. CAPITAL SEGURADO

13.1. Capital Total Global Segurado

O seguro de pessoas com capital global é uma modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

O Capital Total Segurado é o Capital Total a ser dividido entre os Segurados de acordo com o Capital contratado estabelecido na Proposta de Contratação ao Seguro e respeitando as demais cláusulas destas Condições Gerais. Podem ser contratados capitais diferenciados entre Sócios/Diretores e Funcionários.

O Capital Total dos Sócios e Diretores é o capital designado no campo “Capital Total Sócios e Diretores” da Proposta de Contratação ao Seguro.

Capital Total Funcionários é o capital designado no campo “Capital Total funcionários” da Proposta de Contratação ao Seguro.

Os Capitais Segurados Individuais escolhidos pela Estipulante entre as categorias deverá respeitar a paridade de 10 (dez) para 1 (um), ou seja, até 10 (dez) vezes o menor capital.

13.2. Capital Individual de Referência

Para o segurado titular, é o capital por componente titular, em cada categoria, que corresponderá ao resultado da divisão do Capital Total Global segurado, pela quantidade de participantes naquela categoria.

A quantidade de participantes deve corresponder ao total dos componentes titulares do grupo segurável que atendam aos requisitos estabelecidos no item 4 – Grupo Segurado destas Condições Gerais e constante da GFIP. Na indenização serão exigidos documentos para identificação da quantidade de participantes.

Os valores dos capitais individuais de referência não são impressos na proposta de contratação bem como na apólice, em virtude de que os mesmos são determinados e verificados no momento da indenização.

O Capital Segurado do cônjuge para a cobertura Básica de Morte será de 50% (cinquenta por cento) do respectivo Capital Individual de Referência do Segurado Titular.

O Capital Segurado do(s) Filho(s) para a cobertura Básica de Morte será de 10% (dez por cento) do respectivo Capital Individual de Referência do Segurado Titular e limitado ao valor estabelecido na Apólice.

14. ATUALIZAÇÃO ANUAL DE VALORES

Os Capitais Segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, em cada aniversário anual da Apólice, com base na variação positiva do IGPM/FGV (Índice Geral de Preços ao Mercado, Fundação Getúlio Vargas) acumulado nos 12 (doze) últimos meses, apurado com 2 (dois) meses de antecedência.

Em caso de alteração, extinção ou proibição pela autoridade competente do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

Será considerado como base de cálculo, o valor do capital total global segurado vigente no mês anterior ao término de cada período anual de vigência.

Para os seguros de prazo inferior a 1 (um) ano, não haverá atualização de valores.

15. CONDIÇÕES PARA CONTRATAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

15.1. Número mínimo e máximo de Segurados

Para contratação e manutenção do seguro deverão participar, obrigatoriamente, no mínimo 3 (três) e, no máximo, 500 (quinhentos) segurados.

A participação dos componentes da categoria sócios/diretores é opcional, porém não é permitida a contratação exclusiva para esta categoria sem que haja, simultaneamente, a participação de todos os componentes da categoria de funcionários.

15.2. Fatura mensal mínima

Para contratação e manutenção do seguro a fatura mensal não poderá ser inferior ao valor mínimo estabelecido na Proposta de Contratação ao Seguro como valor mínimo de faturamento mensal.

Durante a vigência do seguro, a fim de se manter a fatura mensal no prêmio mínimo da fatura mensal que trata este caput, o capital total global segurado será ajustado, respeitado o valor máximo estabelecido para o capital individual de referência.

15.3. Alteração do Capital Total Global Segurado

Para a manutenção dos capitais individuais de referência nos valores desejados pela Estipulante, faz-se necessária a atualização das informações do seguro, sempre que houver alteração no quadro de funcionários e/ou societário da empresa.

Havendo a constatação de alguma doença preexistente a alteração, inclusive quando segurado dependente, o pagamento da indenização prevista nas coberturas contratadas no seguro será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, exceto nos casos decorrentes de acidente pessoal coberto.

15.4. Exemplo de como poderá haver oscilações no Capital Individual de Referência

Na contratação do seguro a empresa possuía 18 (dezoito) empregados e deseja que cada um tenha um capital individual de referência de R\$ 10.000 (dez mil reais), estabelecendo assim um capital total global segurado de R\$ 180.000 (cento e oitenta mil reais).

Quantidade de Funcionários	X	Capital Individual Referência	=	Capital Total Global Segurado
18		R\$ 10.000		R\$ 180.000

Durante a vigência do seguro a empresa contratou mais 7 (sete) empregados aptos a participar do seguro, porém não efetuou a atualização das informações junto a seguradora.

Capital Total Global Segurado	:	Quantidade de Funcionários	=	Capital Individual Referência
R\$ 180.000		(18 + 7) = 25		R\$ 7.200

Na hipótese acima, o capital individual de referência para indenização de um eventual sinistro, seria de R\$ 7.200,00 (sete mil e duzentos reais), valor abaixo do inicialmente esperado pela Estipulante quando da contratação do seguro. Esta situação pode ocorrer sempre que não houver atualização do seguro pela Estipulante, pois o cálculo para identificação do capital individual de referência considera a quantidade de funcionários ou sócios/diretores, identificada pela seguradora nos documentos exigidos para análise e pagamento da indenização.

16. ACEITAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

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

A manifestação da seguradora quanto à aceitação da proposta de contratação ao seguro ocorrerá, no máximo, em 15 (quinze) dias a contar da data de seu recebimento pela seguradora, podendo a mesma solicitar informações complementares ou recusá-lo dentro deste prazo. No caso de recusa, a Estipulante será comunicada através de correspondência, pela seguradora.

Caso tenha havido adiantamento de valor para o futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

Não havendo manifestação expressa da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias, o contrato de seguro estará automaticamente aceito.

A solicitação de documentos complementares pela seguradora, somente poderá se dar uma única vez, durante o prazo da aceitação da proposta de contratação ao seguro. Neste caso o prazo de aceitação de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

17. INÍCIO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL

O início da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia constante na proposta de contratação, ou de outra data acordada entre a Seguradora e o Estipulante, ratificada no Contrato de Seguro, para funcionários, gerentes, diretores, sócios ou diretores estatutários que já estiverem legalmente vinculados ao Estipulante, em serviço ativo e em perfeitas condições de saúde.

Caso algum componente do grupo segurável esteja afastado temporariamente por acidente ou doença, a cobertura individual inicia-se na data de retorno ao serviço ativo.

Para novos componentes do grupo segurável contratados posteriormente ao início de vigência da Apólice, a cobertura inicia-se na data da admissão no Estipulante.

O prazo de vigência da cobertura individual é de 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa, por solicitação escrita, até o vencimento do respectivo certificado, respeitadas as cláusulas Término da Cobertura Individual, Cancelamento da Apólice e Vigência e Renovação da Apólice.

Todas as coberturas individuais cessam, respeitado o período correspondente ao prêmio pago, com o término da vigência da apólice, caso esta não seja renovada.

O prazo de vigência da cobertura individual constará no certificado individual, que será enviado ao segurado no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes, e será equivalente ao prazo de 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva.

18. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

O período de vigência do seguro é de 5 (cinco) anos e sua renovação dar-se-á automaticamente, por igual período, uma única vez, caso não haja expressa desistência da Seguradora ou do Estipulante em até 60 (sessenta) dias antes do seu vencimento. As demais renovações deverão ter obrigatoriamente manifestação expressa por parte do Estipulante e concordância da seguradora, em até 60 (sessenta) dias antes do vencimento do prazo de vigência. A renovação automática não se aplica aos segurados, nos planos individuais, e estipulantes, nos planos coletivos.

Caso haja, na renovação, alteração na Apólice ou nas taxas do seguro, não prevista nestas condições gerais que implique em ônus ou dever aos Segurados, ou a redução dos direitos previstos na Apólice, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado.

19. REENQUADRAMENTO ANUAL DA TAXA DO SEGURO

No término de cada período anual de vigência das apólices, a Seguradora aplicará reajuste da taxa comercial mensal de 9% (nove por cento) para as apólices que tiveram ocorrência de um ou mais sinistros. Esta taxa será aplicada ao valor do Capital Segurado Global atualizado monetariamente.

A Seguradora manterá o registro da última taxa comercial mensal aplicada em cada apólice, de forma a garantir que em caso de cancelamento da apólice e posterior reingresso na carteira, a Seguradora utilize para precificação a experiência do Grupo Segurado da apólice.

20. CUSTEIO DO SEGURO

A contratação deste seguro é exclusivamente na forma não contributória, ou seja, o Estipulante deverá arcar com o ônus mensal do seguro sem repasse de custos aos participantes segurados.

Como o plano está estruturado em regime financeiro de repartição, não prevê a devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

21. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS MENSAIS

O Estipulante é o único responsável pelo pagamento dos prêmios do seguro, que serão sempre pagos com periodicidade mensal, por meio de débito em conta corrente, ou boleto bancário, que ocorrerá no dia indicado na proposta de contratação pelo Estipulante ou no 1º (primeiro) dia útil subsequente, caso a data coincida com finais de semana ou feriados bancários, sem acréscimo de valor.

Quando a opção de cobrança dos prêmios do seguro na proposta de contratação for débito automático em conta corrente e ocorrer insuficiência de saldo, no dia indicado na proposta de contratação para realização da respectiva cobrança, serão efetuadas até 5 (cinco) novas tentativas de débito nos dias úteis subsequentes ao vencimento.

O prêmio de seguro em atraso será cobrado cumulativamente ao pagamento subsequente. A insuficiência de saldo em conta corrente para o pagamento total do débito acumulado do seguro até a data do seu vencimento (ou primeiro dia útil posterior, se a data coincidir com final de semana ou feriado bancário) implicará no cancelamento automático do seguro por falta de pagamento de 2 (duas) parcelas consecutivas, e conseqüentemente cessação das coberturas, não cabendo qualquer restituição de faturas mensais anteriormente pagas, independentemente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

Os prêmios do seguro em atraso serão, atualizados pelo IPCA/IBGE – (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) e acrescidos de juros de 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) ao mês, calculados na base “pro-rata dia”, bem como de multa de 2% (dois por cento), aplicado de uma só vez.

22. SUSPENSÃO DAS COBERTURAS

Na falta de pagamento de prêmios não haverá suspensão das coberturas do seguro, antes do seu cancelamento da cobertura individual. Desta forma, haverá cobertura para os sinistros ocorridos antes do cancelamento, respeitando o estabelecido nos riscos excluídos e no item 14.2, sem o abatimento da indenização dos valores de prêmios pendentes, porém condicionada a cobrança do prêmio devido.

A Seguradora enviará correspondência ao segurado, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio de seguro em atraso, sob pena de cancelamento do contrato. Esta correspondência funciona como notificação para o cumprimento da contraprestação do contrato (pagamento do prêmio).

Não haverá reativação da apólice cancelada. Havendo interesse do estipulante, deverá ser contratado um novo seguro com atendimento a todos os pré-requisitos da aceitação do seguro, conforme disposto no item 4 – Grupo Segurado destas condições gerais, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado.

23. BENEFICIÁRIOS

O segurado poderá livremente e a qualquer tempo indicar ou alterar os seus beneficiários, mediante aviso escrito à Seguradora. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro.

Na falta de indicação de beneficiário, aplicar-se-á, para efeito de pagamento da indenização, o disposto no art. 792 do Código Civil Brasileiro.

Para fins deste dispositivo, a(o) companheira(o) será equiparada(o) à(o) esposa(o), nos casos admitidos pela lei.

Para efeito de pagamento da indenização, está legalmente inibido de figurar como beneficiário aquele(a) com quem o(a) segurado(a) mantenha relacionamento extra conjugal, se um ou ambos forem casados, salvo se a pessoa casada se achar separada de fato ou judicialmente.

Caso o segurado não dê ciência à Seguradora da substituição de seu(s) beneficiário(s), a Seguradora desobrigar-se-á pagando a indenização ao beneficiário conhecido.

No caso das Coberturas de Invalidez Permanente por Acidente, bem como no caso de morte do cônjuge do segurado e do(s) filho(s) quando contratada a inclusão de cônjuge e filhos prevista nestas Condições Gerais, o beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

Na hipótese de morte simultânea do segurado Principal e de seu cônjuge, o que caracteriza a morte na condição de comoriência, a indenização deverá ser pago aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

24. PROCEDIMENTOS EM CASO SINISTRO

Ocorrendo um dos eventos cobertos pelo seguro e estando o mesmo em vigor na data de sua caracterização, este deverá ser comunicado à seguradora, pelo Estipulante ou pelo(s) beneficiário(s) do seguro através do formulário específico devidamente preenchido.

Além da comunicação mencionada, deverá ser providenciada e entregue à seguradora, a documentação necessária para liquidação do sinistro, de acordo com o item 24 – Documentos Básicos para Liquidação de Sinistros.

A partir da entrega de todos os documentos básicos, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro. Após este prazo estipulado a indenização será:

- a) Atualizada monetariamente pela variação positiva, a partir da data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE, calculada na base “pro-rata tempore”;
e
- b) Acrescida de juros moratórios de 0,25% (vinte e cinco centésimos por cento) ao mês, a partir do último dia previsto para a liquidação do sinistro, calculada na base “pro-rata-temporis”.

O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com a indenização correspondente.

O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado individual de referência, vigente na data do evento, sendo equivalente ao valor do capital segurado global dividido pelo número de segurados.

É facultada à Seguradora, em caso de dúvida justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgar necessários à apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltando a correr a partir da data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada. Obriga(m)-se o(s) beneficiário(s) a colaborar com a regulação do sinistro, acompanhando seus atos, autorizando outros e auxiliando no que se fizer necessário à plena elucidação dos fatos. Não serão aceitos como médico-assistente, para fins deste seguro, o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Os atos ou providências que a seguradora praticar após o sinistro, inclusive o atendimento prestado pelos serviços de assistência, não importam, por si só, reconhecimento da obrigação de pagar a indenização solicitada.

Despesas com comprovação do sinistro e documentação de habilitação para o recebimento da indenização correrão por conta dos interessados exceto se realizadas pela Seguradora, a quem cabe, no caso de dúvida, a adoção de medidas visando a plena elucidação do sinistro.

Data de caracterização da ocorrência:

COBERTURA	DATA DA OCORRÊNCIA
Morte (causas naturais)	Data do óbito
Antecipação de Indenização por Doença Terminal	A data do respectivo diagnóstico
Morte Acidental	A data da ocorrência do acidente
Invalidez por Acidente	A data da ocorrência do acidente

25. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Eventos ocorridos com Segurados categoria funcionários

Quando da ocorrência de um evento coberto com segurado categoria funcionários, além dos documentos discriminados neste caput, deverá ser encaminhada à seguradora cópia da Guia de Recolhimento do FGTS e Informações a Previdência Social – GFIP e/ou Guia de Recolhimento do FGTS – GRF, referente ao mês imediatamente anterior a data de caracterização da ocorrência do sinistro devidamente autenticado e carimbado pelo banco arrecadador.

Eventos ocorridos com segurados categoria sócios/diretores

Quando da ocorrência de um evento coberto com segurado categoria sócios/diretores, além dos documentos discriminados neste caput, deverá ser encaminhada à seguradora ata de eleição, cópia do Contrato Social/Estatuto do Estipulante ou respectiva Alteração/Assembleia, vigente no mês imediatamente anterior a data de caracterização da ocorrência do sinistro.

Demais documentos Básicos necessários para liquidação do sinistro, de acordo com o evento são:

Coberturas	Documentos Básicos
Morte (causas naturais)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, e 19
Antecipação de Indenização por Doença Terminal	1, 2, 4, 9, 10, 11 e 12
Morte Acidental	1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 17, 18 e 19
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	1, 7, 13, 15, 17 e 18

- 1) formulário “Informações Gerais”, preenchido e assinado pelo Segurado e/ou Cônjuge ou Beneficiário;
- 2) Relatório preenchido pelo médico que assistiu ao segurado durante sua doença com firma reconhecida;
- 3) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- 4) cópia autenticada do RG e CPF do segurado titular e do Cônjuge;
- 5) cópia autenticada da Certidão de Nascimento do Segurado (se solteiro);
- 6) cópia autenticada da Certidão de Casamento, atualizada pós-óbito e quando da ocorrência do evento com o cônjuge os documentos que comprovem a condição de companheira(o);
- 7) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial (se houver);
- 8) declaração de herdeiros (quando não houver Beneficiário indicado);
- 9) Cópia do Registro de Empregado e Comprovante de Pagamento do Salário do mês do Óbito;
- 10) Termo de Rescisão do contrato de trabalho (cópia autenticada) e Guia de Recolhimento do FGTS (GFIP, GRF e/ou SEFIP) do mês da ocorrência do sinistro. Quando segurado Sócio/Diretor, cópia autenticada do contrato social da empresa;
- 11) laudo médico emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, que comprove a doença em fase terminal do Segurado;
- 12) diagnóstico conclusivo acompanhado do histórico da patologia e exames pertinentes que respaldem o laudo médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais;
- 13) CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho (INSS) (se houver);
- 14) Cópia autenticada da Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o Segurado/Cônjuge o motorista na ocasião do acidente);
- 15) Laudo da capitania dos portos em caso de naufrágio e/ou afogamento (se houver);
- 16) Brevê do piloto em caso de acidente aeronáutico estando o Segurado pilotando a aeronave;

- 17) cópia autenticada do Laudo de Necropsia e do serviço de verificação de óbito, se a morte tiver ocorrido em domicílio ou for de causa desconhecida;
- 18) exames realizados na data do acidente e atuais (original ou cópia autenticada);
- 19) Documentação dos Beneficiários:
 - a) Cópia autenticada do RG e CPF;
 - b) Comprovante de endereço;
 - c) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento do Beneficiário ou de casamento, atualizada pós-óbito (se casado);
 - d) Comprovante de convivência marital, caso de Beneficiário(a) companheiro(a) do Segurado Principal; e
 - e) Cópia autenticada da Certidão de Óbito (em caso de Beneficiário(s) falecido(s)).

O pagamento de eventuais encargos de tradução de documentos de despesas efetuadas no exterior serão de responsabilidade da seguradora.

O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

O segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento das condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

26. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

O Segurado perderá o direito à indenização se ar intencionalmente o risco objeto do contrato.

Se o Segurado, seu representante legal, ou Estipulante fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Contratação ao Seguro, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado o pagamento do prêmio vencido.

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

- a) na hipótese de não ocorrência do sinistro, cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido ou, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada;
- b) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido ou, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível;
- c) na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização.

O Estipulante/Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

27. VALOR DA INDENIZAÇÃO

Cálculo do Capital Individual de Referência

O valor do capital individual de referência para indenização será determinado pelo resultado da divisão do capital total global segurado da categoria do segurado sinistrado, vigente na data de ocorrência do evento, pela quantidade total de segurados na data do sinistro, identificada nos documentos exigidos para pagamento de indenizações daquela categoria.

Valor de Indenização do Capital Individual de Referência

O valor de indenização, que deverá ser pago de uma só vez, do capital individual de referência para as coberturas contratadas estará limitado na Apólice, o qual será atualizado a cada período de 12 (doze) meses, a contar da data do início de vigência do seguro, pela variação anual do Índice Geral de Preços ao Mercado, Fundação Getúlio Vargas – IGPM/FGV.

Em caso de alteração, extinção ou proibição pela autoridade competente do uso do IGPM/FGV a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA.

Será considerado como base de cálculo, o valor do capital total global segurado vigente no mês anterior ao término de cada período anual de vigência e a variação do índice de correção estabelecido nos 12 (doze) últimos meses de vigência do seguro.

28. JUNTA MÉDICA

No caso de divergências médicas sobre a existência, causa, natureza ou extensão das lesões, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação do segurado, a constituição de uma junta médica.

A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

Não havendo acordo na escolha do médico desempatedor, a sua designação será solicitada à Sociedade Brasileira de Medicina de Seguro. Cada parte pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários 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 nomeado pelo segurado.

29. CANCELAMENTO DO SEGURO

Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará cancelado independentemente de notificação e/ou interposição judicial, sem que caiba indenização à parte infratora, preservados os direitos dos segurados, nas seguintes situações:

- a) a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes e desde que solicitado com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, e com anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
- b) Com a solicitação expressa do Estipulante nesse sentido, 60 (sessenta) dias antes do término de vigência da apólice;
- c) Ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo segurado e/ou seu(s) beneficiário(s), com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro;
- d) Com a morte do segurado;
- e) Quando o seguro não abranger a totalidade do grupo segurado;
- f) Por falta de pagamento do prêmio.

A seguradora poderá efetuar o cancelamento da apólice, mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias, se houver no decorrer de sua vigência, alterações que comprometam as condições mínimas de manutenção, com relação à quantidade de segurados e faturamento mínimo estabelecido nestas Condições Gerais e Proposta de Contratação. No entanto, a apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela sociedade seguradora sob alegação de alteração da natureza dos riscos.

A falta de pagamento de 2 (duas) parcelas consecutivas acarretará o cancelamento automático do seguro.

O pagamento pelo Estipulante de qualquer valor à Seguradora após a data do cancelamento, não implica reativação do seguro nem gera qualquer efeito, ficando a disposição do Estipulante a importância paga.

29.1. Forma para o Cancelamento do Seguro

Para a situação prevista na alínea "a" o Estipulante deverá, em qualquer época, solicitar o respectivo cancelamento com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

Havendo solicitação de cancelamento, a Seguradora enviará o endosso e o cancelamento se dará a partir do final de vigência do último prêmio pago.

No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

- I – a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;
- II – quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto abaixo:

TABELA DE CURTO PRAZO

Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção de prazo em dias	% do Prêmio	Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção de prazo em dias	% do Prêmio
15/365	13	195/365	73
30/365	20	210/365	75
45/365	27	225/365	78
60/365	30	240/365	80
75/365	37	255/365	83
90/365	40	270/365	85
105/365	46	285/365	88
120/365	50	300/365	90
135/365	56	315/365	93
150/365	60	330/365	95
165/365	66	345/365	98
180/365	70	365/365	100

Para prazos não previstos na tabela acima, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente superior.

30. BASES TÉCNICAS DO SEGURO

A taxa média aplicada no seguro, para efeito de cobrança dos prêmios mensais, está em conformidade às Normas da SUSEP estabelecidas para Seguros de Pessoas e aprovada mediante processo nº 15414.002406/2007-17.

31. PRESCRIÇÃO

O direito do segurado e do(s) beneficiário(s) em pleitear indenização junto à seguradora prescreve nos prazos estabelecidos nos termos do código civil.

32. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas as Condições Gerais e as normas de seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

33. DISPOSIÇÕES GERAIS

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

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

O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Este Seguro será por prazo determinado tendo a Seguradora à faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem a devolução dos prêmios já pagos.

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

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, observando que qualquer modificação da Apólice que implicar em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado.

34. FORO

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

No caso de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso do previsto no caput deste item.

Anexo I – Tabela de Calculo de Invalidez por Acidente

Invalidez Permanente Total	% sobre o Capital Individual de Referência
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e de um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Invalidez Permanente Parcial Diversas	% sobre o Capital Individual de Referência
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Invalidez Permanente Parcial dos Membros Superiores	% sobre o Capital Individual de Referência
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 ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou de um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo.	
Invalidez Permanente Parcial dos Membros Superiores	% sobre o Capital Individual de Referência
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20

Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, indenização equivalente a 1/2 (metade), e dos demais dedos, o equivalente a 1/3 (um terço) do respectivo dedo.	
Encurtamento de um dos membros inferiores	
• de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
• de 4 (quatro) centímetros	10
• de 3 (três) centímetros	6
• menos de 3 (três) centímetros	0

CLÁUSULA ADICIONAL DE REEMBOLSO DE DESPESAS ESPECÍFICAS

1. OBJETO

- 1.1. A presente cláusula adicional ao seguro de pessoas tem por objeto garantir o reembolso de despesas, a quem comprovar seu desembolso, desde que decorrentes do óbito do segurado, coberto pelo contrato de seguro, observada as condições contratuais e estando à apólice e a respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento, **desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**

2. GARANTIA DO SEGURO

- 2.1. **Cobertura de Reembolso de Despesas Específicas:** Garante o reembolso de valores referentes às despesas necessárias para regularização e providências decorrentes do óbito do segurado em consequência de evento coberto, até o limite de do capital segurado contratado, **desde que não se trate de risco expressamente excluído**, conforme definição abaixo e de acordo com o estabelecido no Contrato.
- 2.2. **Considera-se “Despesa”, para efeito do seguro contratado, desde que devidamente comprovadas**, aquelas necessárias para obtenção de documentos em cartório, despachante ou outras custas devidamente justificadas ou previamente aprovadas, por escrito, pela Seguradora, que viabilizem a execução das formalidades e providências decorrentes do óbito do segurado.
- 2.2.1. Incluem-se neste conceito, as despesas, devidamente comprovadas, provenientes do funeral do segurado **limitado ao capital segurado, desde que o segurado não possua o benefício da assistência funeral, ou seja, comprovado tratar-se de valor despendido não amparado ou reembolsado pela referida assistência.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro estão também expressamente excluídos da garantia desta Cobertura:
- A. QUAISQUER VALORES REFERENTES A DÉBITOS DO SEGURADO COM O ESTIPULANTE, TAIS COMO, MAS SEM SE LIMITAR, A EMPRÉSTIMOS, QUAISQUER CONVÊNIOS (FARMÁCIA, CURSOS, ACADEMIA, ENTRE OUTROS), ASSOCIAÇÕES COM GRÊMIO, AQUISIÇÃO DE BENS DA EMPRESA;
 - B. QUAISQUER VALORES DEVIDOS E/OU PAGOS PELO ESTIPULANTE, REFERENTES ÀS VERBAS RESCISÓRIAS E DEMAIS OBRIGAÇÕES TRABALHISTAS E LEGAIS, COMO SALDO DE SALÁRIO, FÉRIAS, 13º SALÁRIO, FGTS, PLR, MULTAS E DEMAIS VERBAS RESCISÓRIAS DECORRENTES DA RESCISÃO DO CONTRATO DE TRABALHO DO SEGURADO;
 - C. DESPESAS PARA ABERTURA E CUSTEIO DOS TRÂMITES DE PROCESSO DE INVENTÁRIO;
 - D. QUAISQUER VALORES REFERENTES A HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS DECORRENTES DO FALECIMENTO DO SEGURADO;
 - E. QUAISQUER DÍVIDAS ADQUIRIDAS PELO SEGURADO;
 - F. QUAISQUER VALORES REFERENTES A DÉBITOS DO EMPREGADO JUNTO A HOSPITAIS, PLANOS DE SAÚDE PARA TRATAMENTO MÉDICO;
 - G. DESPESAS INCORRIDAS COM O FUNERAL AMPARADAS POR SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL OU SEGURO ESPECÍFICO.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 4.1. Âmbito Nacional e Internacional de cobertura.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. Para efeito de determinação da responsabilidade da Seguradora e do capital segurado, considera-se como data do evento para a Cobertura Adicional de Reembolso de Despesas Específicas, **a data do falecimento do segurado. O capital segurado desta cláusula é limitado a 10% (dez por cento) do capital segurado contratado para a Cobertura Básica (Morte), limitado ao valor nominal estabelecido no Contrato.**

6. INÍCIO DA COBERTURA

- 6.1. A cobertura de Reembolso de Despesas Específicas começará a vigorar a partir da data da contratação, conforme as Condições Gerais do Seguro, ou da data de inclusão da cobertura por meio de Endosso a Apólice.
- 6.2. A apólice e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas no Certificado Individual.

7. BENEFICIÁRIOS

- 7.1. O beneficiário do seguro para a cobertura de Reembolso das Despesas Específicas será aquele que comprovar o desembolso de valores mediante apresentação das notas fiscais ou recibos.

8. TÉRMINO DA COBERTURA

- 8.1. A garantia desta cláusula adicional cessa nas seguintes situações:
- a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento, não renovação do seguro ou de término da cobertura do seguro;
 - b) Na eventualidade de ocorrência de sinistro por Morte, a partir da data do óbito;
 - c) Quando for cancelada a cobertura de Reembolso de Despesas Específicas.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 9.1. Ocorrendo a Morte do segurado coberto pelo seguro, o deverá ser comunicado imediatamente à Seguradora, por meio da central de atendimento da Seguradora.
- 9.2. A regulação do sinistro se dará conforme definido nas Condições Gerais.
- 9.3. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados, para comprovar o desembolso de valores, os documentos relacionados abaixo:
- a) Notas fiscais e/ou recibos referentes às despesas para obtenção de documentação que possibilitem a execução das formalidades decorrentes do óbito do segurado;
 - b) **Notas fiscais e/ou recibos inerentes as despesas com funeral, observado o disposto no item 2.2.1.**
- 9.3.1. **As notas fiscais/recibos não poderão conter rasuras ou emendas, sob pena da Seguradora não efetuar o reembolso relacionado ao documento rasurado ou emendado.**
- 9.4. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para efetuar o pagamento.
- 9.5. Quando a Seguradora recusar o sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s), por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término do prazo para análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos.
- 9.5.1. A indenização da cobertura prevista nesta Cláusula só será devida quando caracterizado o evento coberto pelo seguro na cobertura básica (Morte).
 - 9.5.2. Quando houver indenização a ser paga referente à cobertura de Reembolso de Despesa, reembolso do valor será realizado após a regulação e liberação de pagamento da cobertura básica (Morte).

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Aplicam-se às coberturas previstas nesta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais e particulares da apólice que não contrariem os dispositivos expressos nesta Condição Especial.

OUVIDOR E DEFENSOR DO SEGURADO

Objetivo: atuar, na relação contratual com a Seguradora, de forma isenta e independente, com caráter mediador, pedagógico e estratégico, na defesa dos direitos dos consumidores:

- o **Ouvidor** acolhe as manifestações dos consumidores, pessoas físicas e jurídicas; não solucionadas por outros canais de atendimento e de apoio, em primeira instância;
- o **Defensor** poderá ser acionado, exclusivamente, por pessoas físicas, após a manifestação do Ouvidor, caso haja discordância do consumidor.

CANAIS DE ACESSO

Ouvidor: 0800 880 2930

Ouvidoria para deficientes auditivos ou de fala: 0800 962 7373

Horário de atendimento: das 8h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

Defensor do Segurado: Caixa Postal 60596 – CEP 05804-970 – São Paulo – SP

Disque Denúncia

0800-775-7333

A atuação ética é um dos princípios institucionais do GRUPO BB E MAPFRE.

Para garantir ainda mais a segurança e tranquilidade aos clientes, o Banco do Brasil divulga o serviço de DISQUE DENÚNCIA, um importante meio de prevenção e redução de fraudes.

Um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo.

Pela coragem e respeito por você, busca-se constantemente a transparência nos processos e produtos.