

SEGURO DE VIDA EM GRUPO

Condições Gerais

Versão 7

CNPJ 28.196.889/0001-43
Processo SUSEP nº 15414.100069/2003-07

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS.....	3
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DO SEGURO	3
CLÁUSULA 2 – DEFINIÇÕES	3
CLÁUSULA 3 – COBERTURAS DO SEGURO	6
CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS	7
CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	8
CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA.....	8
CLÁUSULA 7 – ACEITAÇÃO DO SEGURO	8
CLÁUSULA 8 – BENEFICIÁRIOS	9
CLÁUSULA 9 – CAPITAL SEGURADO	10
CLÁUSULA 10 – CUSTEIO DO SEGURO	10
CLÁUSULA 11 – REGIME FINANCEIRO	10
CLÁUSULA 12 – PAGAMENTO DE PRÊMIO	10
CLÁUSULA 13 – INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	11
CLÁUSULA 14 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	11
CLÁUSULA 15 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO	11
CLÁUSULA 16 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	12
CLÁUSULA 17 – PERDA DE DIREITOS	12
CLÁUSULA 18 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	13
CLÁUSULA 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE	15
CLÁUSULA 20 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	15
CLÁUSULA 21 – MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS	17
CLÁUSULA 22 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	18
CLÁUSULA 23 – PROPAGANDA E PUBLICIDADE.....	18
CLÁUSULA 24 – PRESCRIÇÃO.....	19
CLÁUSULA 25 – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	19
CLÁUSULA 26 – FORO.....	19
CONDIÇÕES ESPECIAIS	
CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA E INDENIZAÇÃO SUPLEMENTAR DE IPA	20
CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DO SEGURO	20
CLÁUSULA 2 – COBERTURAS DO SEGURO	20
CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS	25
CLÁUSULA 4 – CAPITAL SEGURADO	25
CLÁUSULA 5 – BENEFICIÁRIOS	25
CLÁUSULA 6 – PAGAMENTO DE PRÊMIO	25
CLÁUSULA 7 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	26
CLÁUSULA 8 – DISPOSIÇÕES GERAIS.....	27
OUIDORIA	28

CONDIÇÕES GERAIS

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. O presente seguro de pessoas, exclusivo para o público feminino, tem por objetivo garantir o pagamento de indenização à segurada ou aos seus beneficiários do seguro, conforme o caso, observadas as coberturas contratadas e condições contratuais em vigor na data da ocorrência do evento, **respeitando-se os riscos expressamente excluídos da apólice.**

CLÁUSULA 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 da segurada ou a invalidez permanente, total ou parcial**, 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 dois anos de contratação (ou sua recondução depois de suspenso) 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 a segurada ficar sujeita, 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 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 conseqüências 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 o instrumento do contrato de seguro utilizado para proceder alterações na apólice.
- 2.3. **Apólice:** Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pela proponente.
- 2.4. **Aviso de Sinistro:** Comunicação específica de um sinistro, que o Estipulante ou Segurada 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.
- 2.5. **Beneficiário:** Pessoa física designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.
- 2.6. **Câncer:** É a designação genérica de neoplasia maligna, esta caracterizada pelo crescimento anormal e desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo se espalhar para outras regiões do organismo.
- 2.7. **Carcinoma in situ:** É a neoplasia que está ainda localizada e limitada ao seu ponto de origem.
- 2.8. **Capital Segurado:** Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora, no caso de ocorrência do sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.
- 2.9. **Carregamento:** Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

- 2.10. Certificado Individual:** Documento destinado à segurada, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação da proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.
- 2.11. Coberturas 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 da segurada a uma data predeterminada.
- 2.12. Colo do útero:** É a parte mais inferior do órgão que se localiza no interior da vagina.
- 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. 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 previstos contratualmente.
- 2.15. Condições Contratuais:** Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação e adesão, certificado individual condições gerais, condições especiais e demais disposições contratuais da apólice.
- 2.16. Condições Especiais:** conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidades de cobertura de um plano de seguro que, eventualmente, alteram as condições gerais.
- 2.17. Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, das seguradas, dos beneficiários e do estipulante.
- 2.18. Contrato de Seguro:** Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da Seguradora, das seguradas e dos beneficiários.
- 2.19. Corretor:** É o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas.
- O Corretor de seguros responderá civilmente perante os Estipulantes, Seguradas e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.**
- 2.20. Custeio do Seguro:** O custeio será totalmente contributário, ou seja, as seguradas são responsáveis pelo pagamento integral do prêmio.
- 2.21. Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** É o documento legal e formal, utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual a proponente presta as informações e declarações, inclusive sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.
- 2.22. Diagnóstico de Câncer: É o conjunto de medidas de ordem médica capazes de estabelecer a confirmação de uma doença neoplásica maligna (câncer), nos termos das CONDIÇÕES CONTRATUAIS desse seguro, voltado ao câncer de mama e de COLO DO ÚTERO.**
- O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER TERÁ DE ATENDER, INTEGRALMENTE, OS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS NA LITERATURA MUNDIAL E ACEITOS PELAS RESPECTIVAS SOCIEDADES MÉDICO-CIENTÍFICAS ESPECIALIZADAS E PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL.**
- 2.23. Doença Profissional:** É toda e qualquer deficiência e/ou enfraquecimento da saúde humana, causada por uma exposição contínua a condições inerentes à ocupação de uma pessoa, ou seja, é aquela que se mostra consequência da atividade profissional desempenhada.
- 2.24. Doenças e Lesões Preexistentes e suas Consequências:** São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pela Segurada, anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na proposta de contratação ou de adesão ao seguro. Caracteriza-se, ainda, quando a segurada omite tratamento realizado na contratação do seguro. A omissão dessas doenças ou lesões, por ocasião da contratação do seguro, poderá ensejar a perda de direito ao seguro.
- 2.25. Dolo:** É qualquer ato consciente com que alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro. Na definição jurídica considera-se a vontade conscientemente dirigida ao fim de obter um resultado criminoso ou de assumir o risco de produzi-lo. É considerado, ainda, como ato de má-fé ou fraudulento.
- 2.26. Endosso:** Documento pelo qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.

- 2.27. Estádio da Neoplasia:** É a fase da evolução de uma neoplasia. O conceito de estágio é utilizado na caracterização da progressão de uma neoplasia possibilitando a sua classificação, orientando a determinação da melhor conduta médica e subsidiando definições ao prognóstico da doença.
- 2.28. Estipulante:** Pessoa física ou jurídica que contrata plano de seguro coletivo e fica investida de poderes de representação da segurada, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante/averbador por não participar do custeio do plano.
- 2.29. Evento Coberto:** É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de enquadramento nas coberturas previstas na apólice.
- 2.30. Exame Anatomopatológico:** É o exame composto de estudo macroscópico e microscópico de material orgânico voltado ao estabelecimento de diagnósticos. Tais exames são utilizados quando da realização de biópsias e de coletas de material, como ocorre nos exames preventivos na mulher. A parte microscópica também é chamada de exame histopatológico. O exame anatomopatológico é um dos exames de escolha para o diagnóstico de câncer.
- 2.31. Exames de prevenção:** São procedimentos de investigação médica capazes de antecipar o diagnóstico de situações clínicas que sejam precursoras de doenças ou mesmo realizar seus diagnósticos precocemente. Para fins aplicados a esta apólice os exames de prevenção mencionados são aqueles capazes de antecipar o conhecimento de lesões que possam estar relacionadas aos cânceres de mama e de colo do útero.
- 2.32. Foro:** Âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do contrato de seguro.
- 2.33. Grupo Segurado:** É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
- 2.34. Grupo Segurável:** É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.35. Impotência Funcional:** É a alteração de função orgânica ou de partes do organismo que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.
- 2.36. Indenização:** É o valor a ser pago ao beneficiário pela Seguradora na ocorrência do sinistro, 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.
- 2.37. Início de Vigência:** É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- 2.38. Início de Vigência da Cobertura Individual:** É a data a partir da qual a Seguradora assume a cobertura dos eventos previstos nestas condições gerais para cada segurada.
- 2.39. Médico Assistente:** Profissional devidamente habilitado para a prática da medicina, de escolha da segurada, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados. **Não serão aceitos como médico assistente a própria segurada, seu cônjuge, companheiro, dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da Seguradora.**
- 2.40. Médico Especialista:** É o profissional médico reconhecido segundo critérios estabelecidos e referendados em Resolução expedida pelo Conselho Federal de Medicina, como especialista em um segmento da medicina, chamado de especialidade médica.
- 2.41. Metástase:** É o crescimento de uma neoplasia em região do organismo diferente daquela na qual o tumor se originou, sem que haja continuidade entre a lesão à distância (metástase) e o foco inicial (tumor primário), caracterizando disseminação da doença.
- 2.42. Neoplasia:** É uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo com efeitos agressivos sobre o hospedeiro.
- 2.43. Neoplasia Benigna:** É uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo, mas de caráter benigno, no qual os efeitos agressivos sobre o hospedeiro tendem a se limitar ao local do seu desenvolvimento.
- 2.44. Neoplasia Maligna:** É uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo, com a característica de invasão e destruição dos tecidos locais e os normais ao seu redor, no qual os efeitos agressivos sobre o hospedeiro não se limitam ao local do seu desenvolvimento, podendo disseminar para outras regiões além daquela em que se originou.
- 2.45. Nota Técnica Atuarial:** Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano, protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.46. 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.

- 2.47. Período de Cobertura:** Prazo de duração da garantia contratada, respeitada as condições contratuais, no qual a segurada ou os beneficiários, quando for o caso, fará(ão) jus aos capitais segurados contratados, em caso de ocorrência de evento coberto.
- 2.48. Prazo de Carência:** Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual a Seguradora está isenta de responsabilidade indenizatória, ou seja, em que a segurada ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados em eventual ocorrência de sinistro.
- Não haverá carência para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, ressalvada a hipótese de suicídio, desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação ou de sua recondução, depois de suspenso, prevista no item 4.1 destas Condições Gerais.**
- 2.49. Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 2.50. Prêmio Comercial:** Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos, se houver.
- 2.51. Prêmio Puro:** Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos, se houver.
- 2.52. Prognóstico:** É a previsão médica da evolução ou de um resultado provável de uma doença que, nos termos dessa apólice de seguros, se faz voltado ao câncer de mama e de colo do útero.
- 2.53. Proponente:** Pessoa física, do sexo feminino, que apresenta proposta para a contratação do seguro, interessada em contratar a(s) cobertura(s) ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.54. Proposta de Adesão:** Documento contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que a proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.55. 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.
- 2.56. Redução Funcional:** É a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.
- 2.57. Regulação de Sinistro:** É o exame, das suas causas e circunstâncias a fim de se caracterizar o risco ocorrido e, em face dessas verificações, se concluir sobre a cobertura, bem como se a segurada cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 2.58. Riscos Excluídos:** Correspondem aos riscos previstos nas condições contratuais, que não serão cobertos pelo plano de seguro contratado.
- 2.59. Segurada:** Pessoa física, do sexo feminino, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.60. Seguradora:** Empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s) contratada(s), mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nestas condições contratuais.
- 2.61. Sinistro:** A ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
- 2.62. Vigência do Seguro:** É o período fixado para validade do contrato de seguro.
- 2.63. Vigência da Cobertura Individual:** Período em que, respeitada a apólice em vigor, a Segurada tem direito à(s) cobertura(s) do seguro.

CLÁUSULA 3 – COBERTURAS DO SEGURO

Este seguro oferece duas Coberturas Básicas:

- 3.1. Cobertura de Morte Natural ou Acidental (MNA):** É a garantia do pagamento de indenização ao beneficiário do seguro de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte natural ou acidental da segurada, observadas as condições contratuais, **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**
- 3.2. Cobertura de Diagnóstico de Câncer:** É a garantia de pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico de câncer na segurada, **DESDE QUE:**
- O DIAGNÓSTICO DE CÂNCER SEJA EXCLUSIVO PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO;**
 - A NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU DE COLO DO ÚTERO DEVERÁ SER OBRIGATORIAMENTE DIAGNOSTICADA EM VIDA;**

- c) O CÂNCER NÃO DECORRA OU DE QUALQUER MODO NÃO SE RELACIONE COM QUAISQUER ATOS, FATOS OU SITUAÇÕES ABRANGIDOS PELO DISPOSTO NO ITEM 4.2 – CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, DESTAS CONDIÇÕES GERAIS;
 - d) SEJA COMPROVADO QUE O PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DA NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU DA NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO OCORREU EM DATA POSTERIOR AO PRAZO DE CARÊNCIA DE 90 (NOVENTA) DIAS CORRIDOS, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO OU DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO.
- 3.2.1. SOMENTE HAVERÁ GARANTIA DESTA COBERTURA PARA A PRIMEIRA NEOPLASIA MALIGNA DIAGNOSTICADA, NA MAMA OU NO COLO DO ÚTERO, CONFORME ALÍNEA “D” DO ITEM 3.2, ESTANDO EXCLUÍDAS, EM TODA E QUALQUER HIPÓTESE, PARA EFEITO DESTE SEGURO E DE SUAS RENOVAÇÕES, SE OCORREREM, A POSSIBILIDADE DE ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES PELO DIAGNÓSTICO DE MAIS DE UM CÂNCER.
 - 3.2.2. PARA EFEITO DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER, SÓ ESTARÃO COBERTAS A NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU A NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO, DESDE QUE, CUMULATIVAMENTE, SEJAM CUMPRIDOS OS SEGUINTE REQUISITOS:
 - 3.2.2.1. NÃO ESTEJA ABRANGIDA PELO ITEM 4.2 – CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, DESTAS CONDIÇÕES GERAIS;
 - 3.2.2.2. QUE A NEOPLASIA TENHA O SEU PRIMEIRO DIAGNÓSTICO COMPROVADO EM DATA POSTERIOR AO INÍCIO DA VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL DA SEGURADA;
 - 3.2.2.3. O EVENTO COBERTO OCORRA DEPOIS DE FINDO O PERÍODO DE CARÊNCIA DETERMINADO NESTAS CONDIÇÕES GERAIS.
- 3.3. É OBRIGATÓRIA A CONTRATAÇÃO DAS DUAS COBERTURAS BÁSICAS.

CLÁUSULA 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 INVASÃO, HOSTILIDADE, ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, DE GUERRA CIVIL, DE GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, REBELIÃO, INSURREIÇÃO MILITAR, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;
 - c) DE LESÕES OU DOENÇAS DE CONHECIMENTO DA SEGURADA E NÃO DECLARADAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO, 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 NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO;
 - d) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS DOIS ANOS ININTERRUPTOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADA;
 - e) DE DANOS E PERDAS CAUSADAS 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;
 - f) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELA SEGURADA, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO.
- 4.2. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU PARA A NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO:
 - a) CARCINOMA *IN SITU* NO COLO DO ÚTERO;
 - b) NEOPLASIAS MALIGNAS PRIMÁRIAS DE PELE, NA REGIÃO DAS MAMAS;
 - c) NEOPLASIAS NÃO PRIMÁRIAS DO TECIDO MAMÁRIO, NA REGIÃO ANATÔMICA DAS MAMAS;

d) NEOPLASIAS BENIGNAS DAS MAMAS OU DE COLO DO ÚTERO.**CLÁUSULA 5 – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

5.3. O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.

CLÁUSULA 6 – CARÊNCIA

- 6.1. HAVERÁ CARÊNCIA DE 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS PARA A TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.
- 6.2. PARA A COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER HAVERÁ CARÊNCIA DE 90 (NOVENTA) DIAS CORRIDOS.
- 6.3. O PRAZO DE CARÊNCIA SERÁ CONTADO A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL OU DA PARCELA DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO.
- 6.4. DEVERÁ SER COMPROVADO QUE O PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DA NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU DA NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO OCORREU EM DATA POSTERIOR AO TÉRMINO DO PRAZO DE CARÊNCIA.
- 6.5. CASO SEJA DIAGNOSTICADA A NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA OU DE COLO DO ÚTERO DURANTE O PRAZO DE CARÊNCIA, A SEGURADORA ESTARÁ ISENTA DE RESPONSABILIDADE INDENIZATÓRIA E ESTA COBERTURA FICARÁ CANCELADA.
- 6.6. O CANCELAMENTO DA COBERTURA NÃO DÁ DIREITO A DEVOLUÇÃO OU RESGATE DO PRÊMIO PAGO.
- 6.7. ESTE É UM SEGURO DE VIDA COLETIVO, SENDO ESTRUTURADO NO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, CONFORME DESCRITO NO ITEM 0 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS. DESSA MANEIRA, NÃO HÁ CONSTITUIÇÃO DE PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER, PORTANTO NÃO EXISTE RESERVA TÉCNICA INDIVIDUAL PARA SER DEVOLVIDA EM CASO DE CANCELAMENTO.
- 6.8. NÃO HÁ PRAZO DE CARÊNCIA PARA SINISTROS DECORRENTES DE ACIDENTES PESSOAIS, RESSALVADA A HIPÓTESE PREVISTA NO ITEM 6.
- 6.9. O LIMITE MÁXIMO QUE UM PLANO DE SEGURO PODERÁ ESTABELECEER COMO PRAZO DE CARÊNCIA SERÁ DE DOIS ANOS.

CLÁUSULA 7 – ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE SE FORMALIZARÁ PELA ASSINATURA DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO PELO ESTIPULANTE E PELO CORRETOR, CONTENDO AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.
- 7.2. Poderá ser aceita como segurada, toda a proponente que se esteja, na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em perfeitas condições de saúde e com idade compreendida entre 18 (dezoito) anos e 64 (sessenta e quatro) anos.
- 7.3. ESTE PLANO DE SEGURO NÃO É EXTENSIVO AOS CÔNJUGES DAS SEGURADAS TITULARES.
- 7.4. A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.
- 7.5. A contratação do seguro se formalizará através do preenchimento da proposta de adesão com declaração pessoal de saúde e atividade, devidamente assinada pela proponente, seu representante legal 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.
- 7.6. O prazo de 15 (quinze) dias será suspenso, quando a Seguradora verificar que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes e solicitar, por uma única vez, a apresentação de novos documentos ou exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias voltará a correr à zero hora do dia seguinte ao que ocorrer o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado na Seguradora.
 - 7.6.1. 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.
- 7.7. A recusa do risco será comunicada ao proponente por escrito, devidamente justificada.
- 7.8. A data da aceitação da proposta será a do término do prazo de 15 (quinze) dias, em caso de ausência de manifestação formal da Seguradora.
- 7.9. 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 ou de declarações inexatas de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no prêmio, ensejará a perda do direito

à cobertura, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé da segurada, 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.

- 7.10. O pagamento antecipado do prêmio do seguro, não caracteriza a aceitação da Proposta. Durante a avaliação do risco, respeitado os itens 7.5 e 7.6, a partir do recebimento da Proposta pela Seguradora com o pagamento do prêmio antecipado, terá início a cobertura condicional, conforme definição do item 7.11.
- 7.11. Considera-se cobertura condicional, para efeito deste item, aquela em que a Seguradora dará cobertura durante a análise da proposta, a contar da data do recebimento da proposta pela Seguradora com pagamento de prêmio antecipado, desde que a proponente esteja em perfeitas condições de saúde, ou ainda, por qualquer motivo não represente risco agravado para a Seguradora.
- 7.12. No caso de não aceitação de seguro em que já tenha havido pagamento do prêmio à Seguradora, os valores pagos, líquidos de IOF, serão devolvidos, deduzindo o prêmio “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos após a formalização da recusa.
- 7.13. O PRÊMIO A QUE SE REFERE NO 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 APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.
- 7.14. 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.
- 7.15. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 7.13, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA A DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.
- 7.16. É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO POR PROCURAÇÃO.
- 7.17. A aceitação do seguro implicará na emissão, pela Seguradora, de Certificado Individual, que será entregue à Segurada.

CLÁUSULA 8 – BENEFICIÁRIOS

- 8.1. No caso da ocorrência do evento morte da segurada, a indenização correspondente à cobertura básica de Morte será paga de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pela segurada. Na falta de indicação expressa de beneficiário(s) ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi 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.
- 8.2. Para efeitos deste seguro, o(a) companheiro(a) será equiparado ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que a segurada era solteira ou separada de fato.
- 8.3. Em caso de falecimento do único beneficiário indicado no contrato de seguro antes do óbito da segurada (premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, o capital segurado será pago aos Beneficiários Legais da segurada, conforme item 8.
- 8.4. Em caso de falecimento de um dos Beneficiários indicados no contrato de seguro antes do óbito da segurada (premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com a distribuição do capital segurado destinado ao Beneficiário pré-morto entre os demais Beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pela segurada a cada um, de forma a preservar a sua manifestação de vontade.
- 8.5. Em caso de falecimento simultâneo da segurada com um dos beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (comoriência), serão aplicadas as mesmas regras dos itens 8.3 e 8.4, considerando que o beneficiário comoriente não adquire direito ao capital segurado.
- 8.6. EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DA SEGURADA, 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 PELA SEGURADA E, NA FALTA DE OUTROS BENEFICIÁRIOS SERÁ PAGO CONFORME ESTABELECIDO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.

- 8.7. SE A SEGURADA NÃO RENUNCIAR À FACULDADE, PODERÁ, A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O BENEFICIÁRIO POR ATO ENTRE VIVOS OU DE ÚLTIMA VONTADE, MEDIANTE CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO DA ALIANÇA DO BRASIL E ENCAMINHAMENTO DE CORRESPONDÊNCIA NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS.
- 8.8. O CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO NÃO FORMALIZA A SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO E NÃO DISPENSA O ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA.
- 8.8.1. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE NO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL SUBSEQUENTE À DATA DO PROTOCOLO NA SEGURADORA DA CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA PELA SEGURADA.
- 8.8.2. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, DEVIDAMENTE ASSINADA PELA SEGURADA, A SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.
- 8.9. No caso de Diagnóstico de Câncer, o pagamento da indenização será feito à própria segurada. **Caso ela esteja impossibilitada de receber a indenização, o pagamento será feito a quem legalmente a represente nos atos da vida civil, desde que devidamente comprovado.**
- 8.10. Em caso de falecimento da segurada após o diagnóstico do câncer, sem que tenha sido realizado o pagamento da indenização, este será realizado independente do pagamento da cobertura por morte.
- 8.11. Toda segurada tem o direito de indicar na respectiva proposta de adesão, o beneficiário do seguro.

CLÁUSULA 9 – CAPITAL SEGURADO

- 9.1. O capital segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na data de ocorrência do sinistro, respeitando os limites estabelecidos e definidos em moeda corrente nacional.
- 9.2. **CADA SEGURADA SÓ PODERÁ CONTRATAR UM ÚNICO SEGURO, RESPEITANDO O LIMITE MÁXIMO DE CAPITAL SEGURADO POR COBERTURA EM FUNÇÃO DA SUA IDADE.**
- 9.3. O capital segurado inicialmente contratado para cada cobertura não poderá ser aumentado, incidindo, exclusivamente, conforme o previsto no item 0 destas condições contratuais, atualização monetária à época da renovação da cobertura individual.
- 9.4. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:
- Para as coberturas de Morte: a data do falecimento;
 - Para as coberturas de acidentes: a data do acidente;
 - Para a cobertura de Diagnóstico de Câncer: a data do diagnóstico de câncer, realizado em vida.

CLÁUSULA 10 – CUSTEIO DO SEGURO

- 10.5. O custeio do prêmio do seguro será **CONTRIBUTÁRIO**, ou seja, o prêmio será integralmente pago pela segurada.

CLÁUSULA 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 à segurada, ao beneficiário ou ao Estipulante.
- 11.2. No Regime Financeiro de Repartição Simples, os prêmios pagos por todas as seguradas do plano, 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 segurada para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro.

CLÁUSULA 12 – PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 12.1. O valor do prêmio inicial será determinado em função da idade da segurada e do capital segurado na época da contratação do seguro.
- 12.2. Para garantir o seu direito à cobertura, a segurada deverá efetuar o pagamento do prêmio do seguro até a data de seu vencimento, de acordo com a forma de pagamento selecionada na proposta de adesão.
- 12.3. A segurada poderá optar entre a forma de pagamento por débito em conta corrente ou débito **em cartão de crédito comercializado pelo Banco do Brasil S.A.**
- 12.4. Nos casos de opção de pagamento por débito em conta corrente, a 1ª (primeira) parcela do prêmio mensal ou o prêmio anual será debitada após respectiva aceitação da proposta pela Seguradora. O prêmio mensal (parcelas

subsequentes a 1ª) ou o prêmio anual na renovação será debitado na data de vencimento definida pela segurada na proposta de adesão.

- 12.5. **PARA OS CASOS DE OPÇÃO PELO PAGAMENTO POR FATURA DO CARTÃO DE CRÉDITO, OS PRÊMIOS SERÃO DEBITADOS NO VENCIMENTO DA FATURA DO CARTÃO. NESSE CASO, O NÃO PAGAMENTO DE PELO MENOS A FATURA MÍNIMA DO CARTÃO ACARRETERÁ A INADIMPLÊNCIA DA SEGURADA, SENDO APLICADO O DISPOSTO NOS ITENS 15 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO E 16 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.**
- 12.6. **A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO EM CONTA CORRENTE OU EM FATURA DE CARTÃO DE CRÉDITO CARACTERIZARÁ INADIMPLÊNCIA DA SEGURADA, SENDO APLICADO O DISPOSTO NOS ITENS 15 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO E 16 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.**
- 12.7. A qualquer tempo a segurada poderá solicitar a substituição da forma de pagamento do prêmio de débito em conta corrente para cartão de crédito ou vice-versa.
- 12.8. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, a segurada poderá efetuar o pagamento do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas, e sem acréscimo de valor.
- 12.9. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 12.10. **NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DO(S) PRÊMIO(S) PAGO(S), EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NO ITEM 19.3 – CLÁUSULA 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.**

CLÁUSULA 13 – INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 13.1. O início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão pela Seguradora. No caso de propostas recepcionadas com o pagamento antecipado do prêmio mensal, o início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela Seguradora.
- 13.2. O prazo de vigência da cobertura individual é de 1 (um) ano, podendo ser renovada automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa e acontecerão até o vencimento da respectiva apólice, respeitadas as cláusulas Cessação da Cobertura Individual, Cancelamento da Apólice e Vigência e Renovação da Apólice.
- 13.3. 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.
- 13.4. Em cada uma das renovações será emitido novo certificado individual à segurada.

CLÁUSULA 14 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 14.1. **OS CAPITALS SEGURADOS E O PRÊMIO DE CADA SEGURADA SERÃO ATUALIZADOS ANUALMENTE, COM BASE NA VARIAÇÃO DO IGP-M/FGV – ÍNDICE GERAL DE PREÇOS PARA O MERCADO DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, ACUMULADO DOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES QUE ANTECEDEMO MÊS ANTERIOR AO ANIVERSÁRIO DO SEGURO.**
- 14.2. **NO CASO DE EXTINÇÃO DO ÍNDICE ACIMA PACTUADO SERÁ UTILIZADO O IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA OU OUTRO ÍNDICE ADMITIDO OFICIALMENTE, QUE VENHA A SUBSTITUÍ-LO.**

CLÁUSULA 15 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO

- 15.1. **EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO MENSAL OU O NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO ANUAL ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO NÃO ESTARÁ CARACTERIZADA A EFETIVAÇÃO DO CONTRATO OU A RENOVAÇÃO DO SEGURO.**
- 15.2. **NÃO HAVERÁ CANCELAMENTO DA COBERTURA ENQUANTO NÃO OCORRER A FALTA DE PAGAMENTO DE DUAS PARCELAS CONSECUTIVAS OU NÃO, PARA A OPÇÃO DE PAGAMENTO DE PRÊMIO MENSAL. DESTA FORMA, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS DURANTE O PERÍODO DE INADIMPLÊNCIA COM A CONSEQUENTE COBRANÇA DO PRÊMIO DEVIDO.**
- 15.3. **O PERÍODO DE TOLERÂNCIA INICIARÁ A PARTIR DA DATA DE INADIMPLÊNCIA DO PRÊMIO E PREVALECERÁ ATÉ A DATA DO CANCELAMENTO DO SEGURO.**
- 15.4. **A Seguradora enviará correspondência à segurada, em até 10 (dez) dias após a falta de pagamento da 1ª (primeira) parcela, advertindo quanto à necessidade de quitação do prêmio de seguro em atraso.**

Esta correspondência funciona como notificação para o cumprimento da contraprestação do contrato (pagamento do prêmio), sob pena da aplicação do disposto no item 15.5 destas condições gerais.

- 15.5. O NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO ATÉ O VENCIMENTO DA 2ª (SEGUNDA) PARCELA RESULTARÁ NO CANCELAMENTO DO SEGURO E NÃO PODERÁ MAIS SER RESTABELECIDO. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO ATENDENDO A TODOS OS PRÉ-REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO DA PROPONENTE NO SEGURO, CONFORME O DISPOSTO CLÁUSULA 7 – ACEITAÇÃO DO SEGURO, DESTAS CONDIÇÕES GERAIS. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, NÃO SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.
- 15.6. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDOS DA VARIAÇÃO DO IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DE VENCIMENTO DO PRÊMIO EM ATRASO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SEU EFETIVO PAGAMENTO, CALCULADA NA BASE PRÓ-RATA DIA.
- 15.6.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 15.6, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas.
- 15.7. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 15.6, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.
- 15.8. Serão aplicadas as regras de tolerância e cancelamento acima citadas, nos casos em que o Estipulante não repassar o prêmio à Seguradora.

CLÁUSULA 16 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 16.1. A cobertura de qualquer segurada termina:
- 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 integralmente pagos;
 - em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas condições gerais;
 - com a exclusão da segurada da apólice:
 - pelo pagamento da indenização por Morte;
 - por falta de pagamento de 2 (duas) parcelas, no caso de prêmio mensal; e
 - na data em que for protocolado na Seguradora o PEDIDO DE CANCELAMENTO feito pela segurada, desde que por escrito e devidamente assinado.
 - com o término do vínculo entre a segurada e o Estipulante; e
 - com esgotamento dos limites máximos de indenização.

CLÁUSULA 17 – PERDA DE DIREITOS

- 17.1. 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 A SEGURADA AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO, OU CASO O ESTIPULANTE, A SEGURADA, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU CORRETOR OU SEU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS):
- FIZER(EM) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO. NESTE CASO, A SEGURADA FICA OBRIGADA AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO;
 - FALTA DE CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTES SEGURO;
 - FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULANDO ACIDENTE OU AGRAVANDO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.
- 17.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES PREVISTAS NO ITEM 17 ALÍNEA “A” NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ, A SEGURADORA PODERÁ:
- 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.
 - 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, O VALOR CALCULADO 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:
- a) COBRAR A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL ANTES DE EFETUAR O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO; E
- b) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO.
- 17.3. A SEGURADA É OBRIGADA A COMUNICAR À SEGURADORA LOGO QUE O SAIBA DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À GARANTIA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL.
- 17.4. RECEBIDA A COMUNICAÇÃO FORMALIZADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE QUE AGRAVE O RISCO, SEM CULPA DA SEGURADA, A SEGURADORA PODERÁ RESCINDIR O CONTRATO DE SEGURO, NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO À SEGURADA.
- 17.5. ENTRE OUTRAS OCORRÊNCIAS, TAMBÉM SE CARACTERIZA COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: MUDANÇA DE ATIVIDADE OU DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE.
- 17.6. A RESCISÃO DO CONTRATO DE SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

CLÁUSULA 18 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 18.1. A apólice de seguro tem vigência de 1 (um) ano, com renovação automática, por uma única vez, por igual período.
- 18.1.1. 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 à Segurada.
- 18.2. NA RENOVAÇÃO DO SEGURO INDIVIDUAL E SEM PREJUÍZO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA PREVISTA, O VALOR DO PRÊMIO SERÁ REAJUSTADO EM FUNÇÃO DO REENQUADRAMENTO DE TAXAS POR MUDANÇA DE IDADE DA SEGURADA, CONFORME ESTABELECIDO A SEGUIR:

Prêmio Mensal			
Idade	Morte e Diagnóstico de Câncer	Idade	Morte e Diagnóstico de Câncer
19	2,94%	60	7,69%
20	2,86%	61	7,71%
21	7,50%	62	7,90%
22	7,75%	63	8,07%
23	8,63%	64	8,19%
24	7,28%	65	8,38%
25	8,02%	66	8,54%
26	7,43%	67	8,70%
27	13,83%	68	8,81%
28	13,08%	69	8,88%
29	11,57%	70	8,97%
30	10,37%	71	9,06%
31	9,73%	72	9,18%
32	9,17%	73	9,24%

Prêmio Anual			
Idade	Morte e Diagnóstico de Câncer	Idade	Morte e Diagnóstico de Câncer
19	3,25%	60	7,74%
20	2,72%	61	7,79%
21	7,87%	62	7,90%
22	7,88%	63	8,07%
23	7,81%	64	8,21%
24	7,89%	65	8,42%
25	7,77%	66	8,53%
26	7,45%	67	8,68%
27	14,13%	68	8,82%
28	12,57%	69	8,87%
29	11,35%	70	8,97%
30	10,62%	71	9,05%
31	9,88%	72	9,18%
32	9,40%	73	9,25%

Prêmio Mensal			
Idade	Morte e Diagnóstico de Câncer	Idade	Morte e Diagnóstico de Câncer
33	8,96%	74	9,41%
34	8,48%	75	9,54%
35	8,29%	76	9,45%
36	7,66%	77	9,71%
37	7,72%	78	10,85%
38	7,75%	79	10,67%
39	7,88%	80	8,25%
40	8,25%	81	10,90%
41	9,68%	82	9,27%
42	11,76%	83	8,98%
43	12,92%	84	14,88%
44	13,56%	85	4,46%
45	13,81%	86	8,60%
46	13,44%	87	14,08%
47	13,15%	88	6,77%
48	12,64%	89	11,01%
49	12,02%	90	5,94%
50	11,54%	91	9,66%
51	10,98%	92	8,67%
52	10,38%	93	10,33%
53	10,00%	94	8,37%
54	9,56%	95	8,23%
55	9,10%	96	8,08%
56	8,79%	97	7,92%
57	8,44%	98	7,73%
58	8,17%	99	7,53%
59	7,95%	100	7,31%

Prêmio Anual			
Idade	Morte e Diagnóstico de Câncer	Idade	Morte e Diagnóstico de Câncer
33	8,80%	74	9,41%
34	8,48%	75	9,54%
35	8,12%	76	9,44%
36	7,91%	77	9,71%
37	7,64%	78	10,85%
38	7,83%	79	10,67%
39	8,01%	80	8,26%
40	8,16%	81	10,90%
41	9,61%	82	9,27%
42	11,75%	83	8,98%
43	13,01%	84	14,88%
44	13,65%	85	4,46%
45	13,74%	86	8,60%
46	13,52%	87	14,08%
47	13,13%	88	6,77%
48	12,66%	89	11,01%
49	12,11%	90	5,95%
50	11,50%	91	9,66%
51	10,99%	92	8,67%
52	10,47%	93	10,32%
53	10,01%	94	8,37%
54	9,52%	95	8,23%
55	9,16%	96	8,08%
56	8,81%	97	7,92%
57	8,45%	98	7,73%
58	8,16%	99	7,53%
59	7,92%	100	7,31%

- 18.3. INDEPENDENTEMENTE DO REENQUADRAMENTO DE TAXAS POR MUDANÇA DE IDADE DISPOSTO NO ITEM ANTERIOR E DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA PREVISTA NO ITEM O DESTAS CONDIÇÕES GERAIS, O VALOR DO PRÊMIO PODERÁ SER ALTERADO EM FUNÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO GRUPO SEGURADO, QUANDO DA RENOVAÇÃO DA APÓLICE.**
- 18.4.** O valor do prêmio será proporcionalmente reduzido no caso de exclusão da cobertura de diagnóstico de câncer, em razão do pagamento da respectiva indenização ante a sua configuração.
- 18.5. CASO SEJA DIAGNOSTICADA A NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU A NEOPLASIA MALIGNA DE COLO DO ÚTERO DURANTE O PRAZO DE CARÊNCIA, A COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER SERÁ EXCLUÍDA, SENDO O VALOR DO PRÊMIO PROPORCIONALMENTE REDUZIDO.**
- 18.6. CASO SEJA CONSTATADA NEOPLASIA MALIGNA DE MAMA OU DO COLO DO ÚTERO PREEEXISTENTE À DATA DE CONTRATAÇÃO, O SEGURO SERÁ CANCELADO, SEM DEVOUÇÃO DE PRÊMIO À SEGURADA.**
- 18.7.** A renovação da apólice deverá ser por escrito entre o Estipulante e a Seguradora, a qualquer tempo, até o último dia da vigência em curso, salvo se a Seguradora ou o Estipulante tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação.

- 18.8. Caso haja, na renovação, qualquer alteração na apólice, que implique ônus, deveres adicionais às seguradas ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência de seguradas que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo.
- 18.9. **ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SOCIEDADE SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.**

CLÁUSULA 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 19.1. **CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NA CLÁUSULA 21 – MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA, DESDE QUE HAJA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURO, E MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (SESENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO ÀS SEGURADAS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.**
- 19.2. **A APÓLICE NÃO PODERÁ SER CANCELADA DURANTE A VIGÊNCIA PELA SOCIEDADE SEGURADORA SOB A ALEGAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA NATUREZA DO RISCO.**
- 19.3. **NO CASO DE RESILIÇÃO TOTAL OU PARCIAL DO SEGURO, A QUALQUER TEMPO, POR INICIATIVA DE QUAISQUER DAS PARTES CONTRATANTES E COM A CONCORDÂNCIA RECÍPROCA, A SOCIEDADE SEGURADORA PODERÁ RETER DO PRÊMIO RECEBIDO, ALÉM DOS EMOLUMENTOS, A PARTE PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO.**

CLÁUSULA 20 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 20.1. **OCORRENDO** qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, a segurada ou seu beneficiário deverá comunicar imediatamente o sinistro à Seguradora, por meio da Central de Atendimento da Seguradora.
- 20.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pela segurada ou beneficiários os documentos relacionados abaixo.
- 20.2.1. Documentação para **qualquer evento**:
- Formulário “aviso de sinistro” assinado;
 - Cópia do RG e CPF da segurada;
 - Cópia do comprovante de residência em nome da segurada e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante).
- 20.2.2. Documentação complementar para o evento **Morte**, além dos documentos descritos no item 19, deverão ser apresentados também os seguintes documentos:
- Certidão de óbito da segurada;
 - Quando a **Morte tiver ocorrido por acidente**, além do documento descrito na letra “a)” deste item, também deverão ser apresentados:
 - Cópia do Laudo de Necropsia;
 - Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), **se cabível**;
 - Cópia do Brevê de Piloto, **em caso de acidente aeronáutico e se a segurada for o piloto**;
 - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), **se acidente automobilístico e a segurada for o condutor**;
 - Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
 - 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);
- 20.2.3. O(s) **beneficiário(s) indicado(s)** pela segurada, além dos documentos descritos nos itens 19 e 20.2.2, deverão apresentar **também** os seguintes documentos:
- Cópias de RG(s) e CPF(s);
 - Na falta do RG, para beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento.
 - Independente da idade do(s) beneficiário(s), a(s) cópia(s) das certidão(ões) de nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do(s) CPF(s) dele(s).**
 - 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 da segurada seja casada, divorciada, separada ou viúva. 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 da segurada.

- 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)

20.2.4. Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pela segurada, o(s) beneficiário(s) legal(is), além dos documentos descritos nos itens 19 e 20.2.2, deverão apresentar os seguintes documentos:

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

20.2.5. Documentação complementar para o evento Diagnóstico de Câncer:

- a) Relatório médico em formulário da Seguradora, devidamente preenchido e assinada pelo médico assistente da segurada, contendo o exame anátomopatológico, estágio de neoplasia, tratamento realizado e a realizar de modo detalhado e prognóstico;
- b) Cópia do exame anátomo-patológico que comprove o diagnóstico de câncer;
- c) Laudo do perito médico, quando solicitado pela Seguradora,
- d) Cópia do exame anátomo-patológico que comprove o diagnóstico de câncer.

OBS.: O MÉDICO ASSISTENTE NÃO PODERÁ SER MEMBRO DA FAMÍLIA DA SEGURADA.

20.3. No caso de divergências sobre o diagnóstico de câncer, a Seguradora deverá propor à segurada, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.

20.4. A junta médica de que trata no item anterior, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pela segurada 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, pela segurada 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 pela segurada.

20.4.1 O NÃO COMPARACIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES 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 AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.

20.5. **A RECUSA DA SEGURADA PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMAS DAS COBERTURAS CONTRATADAS.**

20.6. **AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DA SEGURADA OU DE SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.**

20.7. **A Segurada, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos da Segurada, 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 a Segurada por meio de seu médico assistente.

20.8. **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 20.2.**

20.9. A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos ou exames complementares, além dos mencionados no item 20.2, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 20.8, voltando a correr, a partir do primeiro do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.

20.10. **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.**

- 20.11. 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 NA LEGISLAÇÃO VIGENTE.
- 20.12. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTE ITEM O, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS 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.
- 20.13. PARA OS CASOS DE PAGAMENTO ANUAL, O CÁLCULO DE ATUALIZAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES SERÁ EFETUADO CONSIDERANDO-SE A ÚLTIMA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA APLICADA SOBRE O CAPITAL SEGURADO, CONFORME PREVISTO NO ITEM O, ATÉ O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.
- 20.13.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 20.13, 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.
- 20.14. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 20.13, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO, DE 0,25% AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.
- 20.15. O PAGAMENTO DE VALORES RELATIVOS À ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS FAR-SE-Á INDEPENDENTEMENTE DE NOTIFICAÇÃO OU INTERPELAÇÃO JUDICIAL, DE UMA SÓ VEZ, JUNTAMENTE COM OS DEMAIS VALORES DO CONTRATO.
- 20.16. O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO PELA COBERTURA DIAGNÓSTICO DE CÂNCER EXCLUI ESSA COBERTURA DO SEGURO INDIVIDUAL, REDUZINDO SUA PARTE NO PRÊMIO, MAS NÃO ENCERRA A GARANTIA DAS DEMAIS COBERTURAS DO SEGURO.
- 20.17. O pagamento das indenizações pelas coberturas de morte e diagnóstico de câncer se acumulam, ou seja, se depois de paga uma indenização pela cobertura diagnóstico de câncer, verificar-se a morte da segurada em decorrência do mesmo evento, a Seguradora responderá também pela indenização relativa à cobertura de morte, observados os termos e disposições destas condições contratuais.
- 20.18. A indenização de qualquer uma das coberturas contratadas será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.

CLÁUSULA 21 – MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

- 21.1. EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQUÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM AS SEGURADAS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.
- 21.2. PARA AS SEGURADAS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIEM EM ÔNUS, DEVERES ADICIONAIS PARA AS SEGURADAS, RESCISÃO OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADAS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO.
- 21.3. Caso o Estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato, ao longo de sua vigência, que implique em ônus, deveres adicionais às seguradas ou redução de seus direitos, deverá apresentar à Seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de seguradas que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 21.3.1. A alteração só será válida e eficaz se a Seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo Endosso.
- 21.3.2. No caso de aceitar a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.
- 21.3.3. 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.

21.3.4. 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 apresentada na forma acima.

CLÁUSULA 22 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

22.1. 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 DAS SEGURADAS, 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 À SEGURADA, 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;
- f) REPASSAR ÀS SEGURADAS 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 A SEGURADA;
- 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 ÀS SEGURADAS DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS ESTIPULADOS PARA A LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS;
- j) COMUNICAR, DE IMEDIATO, A SUSEP, QUAISQUER PROCEDIMENTOS QUE CONSIDERAR IRREGULARES QUANTO AO SEGURO CONTRATADO;
- k) FORNECER A SUSEP QUAISQUER INFORMAÇÕES SOLICITADAS, DENTRO DO PRAZO POR ELA ESTABELECIDO; E
- 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.

22.2. É VEDADO AO ESTIPULANTE E AO SUB-ESTIPULANTE:

- a) COBRAR, DAS SEGURADAS, QUAISQUER VALORES RELATIVOS AO SEGURO, ALÉM DOS ESPECIFICADOS PELA SEGURADORA;
- b) RESCINDIR O CONTRATO SEM ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE UM NÚMERO DE SEGURADAS QUE REPRESENTA, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO;
- c) EFETUAR PROPAGANDA E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM PRÉVIA ANUÊNCIA DA SEGURADORA, E SEM RESPEITAR A FIDEDIGNIDADE 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.

CLÁUSULA 23 – PROPAGANDA E PUBLICIDADE

23.3. A propaganda e promoção do seguro, por parte do estipulante 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 autorizadas.**

23.4. 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.

CLÁUSULA 24 – PRESCRIÇÃO

24.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

CLÁUSULA 25 – INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- 25.1. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 25.2. A segurada 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.
- 25.3. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita da segurada ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 25.4. 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.

CLÁUSULA 26 – FORO

- 26.1. Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio da segurada 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.
- 26.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA E INDENIZAÇÃO SUPLEMENTAR DE IPA

CLÁUSULA 1 – OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Garantir, mediante o pagamento de prêmio adicional, o pagamento de uma indenização à própria segurada, correspondente à perda, à redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão por lesão física, causada em decorrência de acidente pessoal enquadrável nas condições previstas nesta cláusula adicional, **exceto se decorrente de riscos excluídos e desde que a apólice e a respectiva cobertura individual estejam em vigor na data do evento.**

CLÁUSULA 2 – COBERTURAS DO SEGURO

- 2.1. Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): É a garantia de pagamento, até o valor máximo do capital 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**, calculado conforme **TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, constante no subitem 2.3 desta cláusula adicional e **desde que não se trate de risco expressamente excluído, limitado ao valor correspondente a 100% do Capital Segurado relativo a Cobertura de Morte.**
 - 2.1.1. Para fim deste seguro, considera-se Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade e determine a perda total ou parcial do uso de um membro ou órgão.
 - 2.1.2. 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 a própria segurada, de uma só vez, uma indenização, de acordo com a **TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, descrita no subitem 2.3 desta cláusula adicional.
 - a) 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 a sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75 %, 50 % e 25%;
 - b) Em todos os casos de Invalidez Permanente Parcial não especificados na citada tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física da segurada, independentemente da sua profissão;
 - c) Quando de um 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) do capital segurado individual. 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;
 - d) A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente;
 - e) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.
 - 2.1.3. As Indenizações pelas Coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPA, verificar-se a morte da segurada em decorrência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização relativa a Morte, deduzido o valor já pago pela IPA.
- 2.2. Cobertura de Indenização Suplementar de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: É a garantia do pagamento de uma indenização adicional, devida em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente, correspondente a 20% do valor da indenização paga para a cobertura de IPA.

2.3. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

2.3.1. Caracterizada a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, conforme previsto nestas condições gerais, a indenização será efetuada conforme tabela discriminada a seguir:

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um 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
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho quando a segurada já não tiver a outra vista	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
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	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 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 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 BÁSICA
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	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
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	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
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 05 (cinco) centímetros ou mais	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 04 (quatro) centímetros	10
Encurtamento de um dos membros inferiores de 03 (três) centímetros	06	
Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 03 (três) centímetros	sem indenização	
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		
DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau máximo	15
	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
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com fístulas	25
Unilateral com fístulas	15	
Bilateral	14	

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
DIVERSAS	Unilateral	7
	Lesões da pálpebra	
	Entrópio bilateral	14
	Ptose palpebral bilateral	10
	Entrópio bilateral	7
	Ectrópio bilateral	6
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ectrópio unilateral	3
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	APARELHO DA FONACÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total das duas orelhas	16
	Amputação total de uma orelha	8
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Incontinência urinária permanente	30
	Cistostomia (definitiva)	30
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	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
	APARELHO REPRODUTOR E GENITAL	
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda de dois testículos	15
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero depois da menopausa	10
	Perda de um testículo	05
	Perda de um ovário	05
	PESCOÇO	
	Traqueostomia definitiva	40
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE			
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA	
DIVERSAS	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	
	MAMAS (FEMININAS)		
	Mastectomia bilateral	20	
	Mastectomia unilateral	10	
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)		
	Gastrectomia total	40	
	Gastrectomia subtotal	20	
	INTESTINO DELGADO		
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	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	
	FÍGADO		
	Lobectomia com insuficiência hepática	50	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10	
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS		
	Epilepsia pós-traumática	20	
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20	
	HÉRNIAS		
	Hérnia de Disco Cervical	20	
	Hérnia de Disco Lombar e Torácica	25	
	Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	20	
	Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40	
Hérnia Inguinal ou Inguino Escrotal	10		
Hérnia Incisional	20		
Hérnia de Hiato	10		
Hérnia Umbilical	10		
Hérnia Epigástrica	10		

2.4. As coberturas previstas nestas condições especiais deverão ser contratadas de forma conjunta, sendo necessária também a contratação da(s) cobertura(s) prevista(s) nas Condições Gerais.

CLÁUSULA 3 – RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS NO ITEM 4 – RISCOS EXCLUÍDOS, DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:
- 3.1.1. FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
- 3.1.2. PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO DEVIDAMENTE HABILITADO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.

CLÁUSULA 4 – CAPITAL SEGURADO

- 4.1. Considera-se como data de evento para as coberturas previstas nesta cláusula adicional, para efeito de determinação de responsabilidade da Seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a **data do acidente**.
- 4.2. A reintegração do capital segurado das coberturas previstas nestas condições especiais é automática após cada sinistro.

CLÁUSULA 5 – BENEFICIÁRIOS

- 5.1. Considera-se como beneficiário desta cláusula adicional a própria segurada, ou na eventual impossibilidade, a quem legalmente a represente nos atos da vida civil, desde que devidamente comprovado.

CLÁUSULA 6 – PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 6.1. A SEGURADA DEVERÁ CONTINUAR PAGANDO O VALOR INTEGRAL DO PRÊMIO DE SEGURO, INDEPENDENTE DE QUALQUER INDENIZAÇÃO QUE TENHA SIDO EFETUADA REFERENTE A COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL.
- 6.2. NA RENOVAÇÃO DO SEGURO INDIVIDUAL E SEM PREJUÍZO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA PREVISTA, O VALOR DO PRÊMIO SERÁ REAJUSTADO EM FUNÇÃO DO REENQUADRAMENTO DE TAXAS POR MUDANÇA DE IDADE DA SEGURADA, CONFORME ESTABELECIDO A SEGUIR:

Prêmio Mensal			
Idade	Morte, Diagnóstico de Câncer, IPA e IPA Suplementar	Idade	Morte, Diagnóstico de Câncer, IPA e IPA Suplementar
19	1,49%	60	7,39%
20	1,46%	61	7,43%
21	4,09%	62	7,63%
22	4,37%	63	7,82%
23	5,02%	64	7,95%
24	4,38%	65	8,16%
25	4,96%	66	8,32%
26	4,73%	67	8,49%
27	9,03%	68	8,62%
28	8,92%	69	8,70%
29	8,19%	70	8,80%
30	7,57%	71	8,91%
31	7,29%	72	9,04%
32	7,03%	73	9,11%
33	7,00%	74	9,29%
34	6,75%	75	9,43%

Prêmio Anual			
Idade	Morte, Diagnóstico de Câncer, IPA e IPA Suplementar	Idade	Morte, Diagnóstico de Câncer, IPA e IPA Suplementar
19	1,64%	60	7,41%
20	1,43%	61	7,43%
21	4,32%	62	7,61%
22	4,45%	63	7,81%
23	4,54%	64	7,96%
24	4,73%	65	8,16%
25	4,83%	66	8,31%
26	4,74%	67	8,48%
27	9,22%	68	8,63%
28	8,59%	69	8,70%
29	8,02%	70	8,81%
30	7,74%	71	8,90%
31	7,39%	72	9,04%
32	7,17%	73	9,12%
33	6,88%	74	9,29%
34	6,75%	75	9,43%

Prêmio Mensal			
Idade	Morte, Diagnóstico de Câncer, IPA e IPA Suplementar	Idade	Morte, Diagnóstico de Câncer, IPA e IPA Suplementar
35	6,70%	76	9,35%
36	6,28%	77	9,61%
37	6,42%	78	10,76%
38	6,35%	79	10,59%
39	6,27%	80	8,19%
40	6,32%	81	10,83%
41	7,48%	82	9,21%
42	9,28%	83	8,93%
43	10,42%	84	14,80%
44	11,19%	85	4,44%
45	11,64%	86	8,56%
46	11,55%	87	14,02%
47	11,49%	88	6,75%
48	11,21%	89	10,97%
49	10,79%	90	5,93%
50	10,48%	91	9,63%
51	10,07%	92	8,65%
52	9,60%	93	10,30%
53	9,31%	94	8,35%
54	8,96%	95	8,22%
55	8,57%	96	8,07%
56	8,32%	97	7,90%
57	8,03%	98	7,72%
58	7,79%	99	7,52%
59	7,61%	100	7,30%

Prêmio Anual			
Idade	Morte, Diagnóstico de Câncer, IPA e IPA Suplementar	Idade	Morte, Diagnóstico de Câncer, IPA e IPA Suplementar
35	6,58%	76	9,34%
36	6,48%	77	9,61%
37	6,34%	78	10,75%
38	6,37%	79	10,58%
39	6,31%	80	8,20%
40	6,29%	81	10,83%
41	7,52%	82	9,21%
42	9,26%	83	8,93%
43	10,50%	84	14,80%
44	11,24%	85	4,44%
45	11,61%	86	8,56%
46	11,61%	87	14,03%
47	11,47%	88	6,75%
48	11,21%	89	10,97%
49	10,88%	90	5,93%
50	10,48%	91	9,63%
51	10,11%	92	8,65%
52	9,71%	93	10,30%
53	9,33%	94	8,35%
54	8,98%	95	8,22%
55	8,63%	96	8,07%
56	8,35%	97	7,90%
57	8,06%	98	7,72%
58	7,78%	99	7,52%
59	7,58%	100	7,30%

CLÁUSULA 7 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 7.1. Ocorrendo a invalidez permanente total ou parcial por acidente, coberta pelo seguro, a segurada ou seu representante legal, deverá comunicar imediatamente o sinistro à Seguradora, por meio da Central de Atendimento da Seguradora.
- 7.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pela segurada os documentos relacionados abaixo:
- Formulário “aviso de sinistro” assinado
 - Cópia do RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro
 - Cópia do comprovante de residência em nome da segurada e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante)
 - Cópia da carta de concessão de aposentadoria, no caso de IPA Total (se houver)
 - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e a segurada for a condutora
 - Cópia do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso
 - Cópias dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se a condutora do veículo for a segurada)

- h) Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia)
 - i) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível
 - j) Relatório Médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente da segurada, com firma reconhecida em cartório
- 7.3. O pagamento da indenização para a cobertura **indenização suplementar de IPA** será devido desde que caracterizado o direito da segurada ao recebimento de indenização referente à cobertura de IPA. **O VALOR A SER PAGO CORRESPONDE A 20% DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DEVIDA EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE.**
- 7.4. **O pagamento da indenização da cobertura suplementar de IPA será realizado conjuntamente com o pagamento da indenização referente a cobertura de invalidez permanente por acidente.**
- 7.5. **A SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE SUBMETER A SEGURADA A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O GRAU OU PERMANÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE E SUA RESPECTIVA PORCENTAGEM.**
- 7.6. **A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA POR DE DECLARAÇÃO MÉDICA.**
- 7.7. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada a segurada, a Seguradora deverá propor à segurada, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.
- 7.8. A junta médica de que trata no item anterior, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pela segurada 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, pela segurada 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 pela segurada.
- 7.9. **O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES 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 AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.**
- 7.10. **A RECUSA DA SEGURADA PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMAS DAS COBERTURAS CONTRATADAS.**
- 7.11. **A SEGURADA ACIDENTADA DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CONTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA A CURA COMPLETA.**

CLÁUSULA 8 – DISPOSIÇÕES GERAIS

- 8.1. **APLICAM-SE ÀS COBERTURAS PREVISTAS NESTA CLÁUSULA ADICIONAL TODOS OS TERMOS E AS DISPOSIÇÕES CONTIDAS NAS CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE QUE NÃO CONTRARIEM OS DISPOSITIVOS EXPRESSOS NESTA CLÁUSULA ADICIONAL.**

OUVIDORIA

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, para prevenir, esclarecer e solucionar conflitos não atendidos pelos canais de atendimento habituais.

CONTATO

Ouvidoria: 0800 880 2930 ou pelo site www.bbseguros.com.br

Ouvidoria para deficientes auditivos ou de fala: 0800 962 7373

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

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.