

SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Condições Contratuais

Versão 3.0

CNPJ 28.196.889/0001-43
Processo SUSEP nº 10.005462/99-17

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao beneficiário do seguro, no caso de morte do segurado em decorrência de acidente pessoal enquadrável nas condições gerais, especiais e no contrato do seguro, estando a apólice e a respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento previsto nas condições contratuais, **respeitando-se os riscos expressamente excluídos da apólice.**

2. DEFINIÇÕES

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

2.1.1. Incluem-se nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- 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.

2.1.2. Excluem-se desse conceito:

- 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- 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.

2.2. Aditivo: equivalente ao endosso, é o termo utilizado para definir instrumento do contrato de seguro utilizado para proceder alterações na apólice.

2.3. Apólice: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.

2.4. Ato Ilícito: ato proibido por lei. Consiste, ainda, na ação ou omissão voluntária, por negligência, por imprudência ou por imperícia que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

2.5. Aviso de Sinistro: comunicação específica de um sinistro, que o estipulante, segurado ou beneficiário são obrigados a fazer à seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do evento coberto. Esta comunicação deverá ser feita imediatamente após a ocorrência do sinistro.

2.6. Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência de sinistro.

2.7. Boa Fé: princípio básico de qualquer contrato, principalmente no contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro. Neste conceito inclui-se a obrigação do segurado de prestar informações verdadeiras na proposta de adesão e durante a vigência de todo o contrato, declarando, também no decorrer da apólice, qualquer alteração no risco.

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 ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

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 do segurado a uma data pré-determinada.

2.12. Companheiro(a): 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.

2.13. Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

2.14. Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

2.15. Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

2.16. Consignante: pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelo segurados.

2.17. 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, dos segurados, e dos beneficiários.

2.18. Corretor: é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Público ou Privado. O corretor de seguros responderá civilmente perante os estipulantes, segurados e as seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.

2.19. Custeio do Seguro: de acordo com a opção feita pelo estipulante, o custeio poderá ser:

2.19.1. Contributário: em que os segurados principais participam no pagamento do prêmio, total ou parcialmente.

2.19.2. Não Contributário: em que os segurados principais não pagam prêmio, recaindo o ônus do seguro totalmente sobre o estipulante.

- 2.20. Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** é o documento legal e formal, utilizado para avaliação do risco pela seguradora, pelo qual o proponente presta as informações e declarações, inclusive sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde, sob sua inteira responsabilidade e sob as penas previstas no artigo 766 do Código Civil.
- 2.21. 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 consequente da atividade profissional desempenhada.
- 2.22. Doenças Preexistentes:** doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.
- 2.23. 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.
- 2.24. Endosso:** é documento pelo qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.
- 2.25. Estipulante:** é pessoa física ou jurídica que contrata o plano de seguro coletivo e fica investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante/averbador quando não participar do custeio.
- 2.26. Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de enquadramento nas coberturas previstas na apólice.
- 2.27. Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é formalizada a comunicação da ocorrência de um sinistro à Seguradora, devidamente assinada pelo solicitante.
- 2.28. Foro:** é o âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do contrato de seguro.
- 2.29. Grupo Segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
- 2.30. Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.31. Impotência Funcional:** é a alteração de função orgânica ou de partes do organismo que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.
- 2.32. 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 de ocorrência do sinistro, respeitando-se os riscos excluídos da apólice contratada.
- 2.33. Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.
- 2.34. 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 segurado.
- 2.35. Migração de Apólices:** é a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.
- 2.36. Nota Técnica Atuarial:** é o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano, protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.37. Nulidade:** é a ineficácia de um ato jurídico, em virtude de haver sido executado com transgressão à regra legal. É, portanto o ato que não pode produzir qualquer espécie de efeito jurídico.
- 2.38. 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.

- 2.39. Período de Cobertura:** é o prazo de duração da garantia contratada, respeitadas as condições contratuais, no qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.
- 2.40. Prazo de Carência:** não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto para suicídio ou sua tentativa, cometido nos primeiros dois anos de contratação do seguro.
- 2.41. Prêmio:** é o valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- 2.42. Prêmio Comercial:** é o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
- 2.43. Prêmio Puro:** é o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
- 2.44. Proponente:** é a pessoa física que apresenta proposta para a contratação do seguro, interessada em contratar a(s) cobertura(s) ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.45. Proposta de Adesão:** é o documento que contém a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.46. Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar cobertura(s), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.47. Reabilitação do Seguro:** é o restabelecimento das coberturas contratadas após aceitação da seguradora e o pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, desde que previsto nas condições contratuais.
- 2.48. Redução Funcional:** é a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.
- 2.49. Regime Financeiro de Repartição Simples:** é a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.
- 2.50. 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 o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 2.51. Riscos Excluídos:** correspondem aos riscos, previstos nas condições contratuais, que não serão cobertos pelo plano de seguro contratado.
- 2.52. Segurado:** é a pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.53. Seguradora:** a companhia de seguros, constituída e legalmente autorizada a operar no País, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas nos termos das condições contratuais.
- 2.54. Seguro de Pessoas com Capital Global:** é a modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, respeitadas os critérios técnico-operacionais, forma e limites fixados pela SUSEP, segundo o qual o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.
- 2.55. Sinistro:** é a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
- 2.56. Vigência do Seguro:** é o período fixado para validade do contrato de seguro.
- 2.57. Vigência da Cobertura Individual:** é o período em que, respeitada a apólice em vigor, o segurado tem direito à(s) cobertura(s) do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

Cobertura Básica

3.1. Morte Acidental (MA): 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 acidental do segurado, observadas as condições gerais, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

3.2. Está também prevista a seguinte Cobertura Adicional, que só poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura Básica:

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

A presente cláusula tem por objetivo garantir, nos termos das condições contratuais da apólice de acidentes pessoais coletivo, o pagamento de indenização ao próprio segurado, em decorrência de acidente pessoal, estando a apólice e a respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento previsto nas condições contratuais, **respeitando os riscos expressamente excluídos da apólice.**

CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

A presente cláusula tem por objetivo garantir ao estipulante e/ou aos segurados, a participação no excedente técnico da apólice, apurado após cada ano de vigência do seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTES SEGUROS OS EVENTOS RELACIONADOS A OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:

- A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA, OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;
- B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES; EXCETO SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;
- C) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO;
- D) O BENEFICIÁRIO NÃO TEM DIREITO AO CAPITAL ESTIPULADO QUANDO O SEGURADO SE SUICIDA NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE VIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO, OU DA SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO, CONFORME O ART. 798 DO CÓDIGO CIVIL;
- E) 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 ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;
- F) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO;
- G) NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, DEVERÃO SER EXCLUÍDOS OS DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS, CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES, PELOS BENEFICIÁRIOS E PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES.

4.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTAS CONDIÇÕES GERAIS:

A) OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

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

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

6.1. A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DE RISCO.

6.2. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão e a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

6.2.1. Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente, que esteja, na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em condições normais de saúde e **com idade conforme definido no contrato do seguro.**

6.2.2. Caso o proponente possua idade inferior a 18 (dezoito) anos, deverá ser assistido pelos pais ou representantes legais, assinando em conjunto a proposta de adesão.

6.2.3. Em caso de inclusão de menores de 14 (quatorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.

6.2.4. A contratação ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e da proposta de adesão deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

6.3. O pagamento do seguro não caracterizará a aceitação automática da proposta de adesão. Quando a seguradora receber a proposta de adesão com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro.

6.3.1. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

6.4. Se a seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada a seu domicílio ou por intermédio do estipulante, corretor ou agente captador do seguro, informando os motivos da não aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento valerá como data de recusa da proposta de adesão.

6.4.1. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é 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. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), pro rata temporis, correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição, que não poderá ser superior a 10 (dez) dias corridos da data da recusa.

6.4.2. Caso a seguradora tenha recebido valor como adiantamento de prêmio, haverá cobertura do seguro até a data da formalização da recusa da proposta.

6.4.3. A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.

6.5. A cada segurado aceito será enviado um certificado individual.

6.6. Os aposentados por outros motivos que não a invalidez no seguro, poderão ser inclusos no seguro, pagando através do estipulante os respectivos prêmios, conforme definido nas condições contratuais.

6.7. Os segurados que se aposentarem durante a vigência da apólice poderão ser mantidos no seguro, se previsto nas Condições Contratuais da Apólice.

6.8. É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO ATRAVÉS DE PROCURAÇÃO.

7. BENEFICIÁRIOS

7.1. No caso de ocorrência de morte do segurado, a indenização correspondente à cobertura básica de Morte Acidental será paga de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado.

7.2. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

7.3. O segurador, que não for cientificado oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

7.4. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

7.5. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários.

7.6. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

7.7. Todo segurado tem o direito de indicar, na respectiva proposta de adesão, o beneficiário do seguro.

7.8. O SEGURADO PODE, A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O BENEFICIÁRIO, MEDIANTE CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO DA SEGURADORA E ENCAMINHAMENTO DE CORRESPONDÊNCIA ASSINADA, NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS.

7.8.1. O CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO NÃO FORMALIZA A SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO E NÃO DISPENSA O ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA.

7.8.2. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE 24 (VINTE E QUATRO) HORAS DA DATA DE PROTOCOLO NA SEGURADORA DA CORRESPONDÊNCIA EFETIVAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO.

7.9. EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA CONFORME DISPOSTO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL.

7.10. CASO A SOMA DOS PERCENTUAIS DE DISTRIBUIÇÃO DE CAPITAL SEGURADO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S) ULTRAPASSE EQUIVOCADAMENTE 100% (CEM POR CENTO), SERÁ APLICADA A SEGUINTE REGRA:

7.10.1. QUANDO HOUVER INDICAÇÃO DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) DO CAPITAL SEGURADO PARA APENAS UM DOS BENEFICIÁRIOS, ESSE PERCENTUAL SERÁ MANTIDO. OS 50% (CINQUENTA

POR CENTO) RESTANTES SERÃO RATEADOS ENTRE OS DEMAIS BENEFICIÁRIOS, OBEDECENDO-SE À MESMA PROPORÇÃO DOS PERCENTUAIS ORIGINALMENTE INDICADOS PELO SEGURADO.

7.10.2. QUANDO NÃO HOUVER INDICAÇÃO DE 50% (CINQUENTA POR CENTO) DO CAPITAL SEGURADO PARA NENHUM BENEFICIÁRIO, O RATEIO SERÁ EFETUADO OBEDECENDO-SE À MESMA PROPORÇÃO DOS PERCENTUAIS ORIGINALMENTE INDICADOS PELO SEGURADO.

7.11. CASO A SOMA DOS PERCENTUAIS DE DISTRIBUIÇÃO DE CAPITAL SEGURADO AOS BENEFICIÁRIOS NÃO ATINJA 100% (CEM POR CENTO), DEVIDO A EQUÍVOCO DO SEGURADO NA DETERMINAÇÃO DESSES PERCENTUAIS, SERÁ APLICADA A SEGUINTE REGRA:

7.11.1. HAVENDO MAIS DE UM BENEFICIÁRIO INDICADO, O PERCENTUAL NECESSÁRIO PARA COMPLETAR 100% (CEM POR CENTO) SERÁ DISTRIBUÍDO ENTRE ELES, OBEDECENDO-SE À MESMA PROPORÇÃO DOS ORIGINALMENTE INDICADOS PELO SEGURADO.

7.11.2. HAVENDO SOMENTE UM BENEFICIÁRIO INDICADO, O PERCENTUAL NECESSÁRIO PARA COMPLETAR 100% (CEM POR CENTO) SERÁ DISTRIBUÍDO NOS TERMOS DO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL, BUSCANDO PRESERVAR A MANIFESTAÇÃO DE VONTADE DO SEGURADO.

8. CAPITAL SEGURADO

8.1. O capital segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de sinistro, respeitando os limites estabelecidos.

8.2. Poderá haver uma ou mais classes de capitais segurados, mediante escala fixada em função de fatores objetivos, tais como remuneração, hierarquia, idade ou acordo entre as partes.

8.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação da responsabilidade da seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data de falecimento do segurado.

8.4. Os capitais segurados do componente dependente, quando for possível sua inclusão no seguro, em quaisquer garantias, não podem ser superiores ao do componente principal.

9. CUSTEIO DO SEGURO

9.1. De acordo com a opção do estipulante o custeio será definido no contrato do seguro e poderá ser:

- a) **Contributário:** aquele em que os segurados principais participam no pagamento do prêmio, total ou parcialmente;
- b) **Não contributário:** aquele em que os segurados principais não pagam prêmio, recaindo o ônus do seguro totalmente sobre o estipulante.

10. REGIME FINANCEIRO

10.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

10.2. No Regime Financeiro de Repartição Simples, os prêmios pagos por todos os segurados 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 segurado para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro.

11. PAGAMENTO DE PRÊMIO

11.1. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais.

11.2. O valor do prêmio será determinado na época da contratação do seguro.

11.3. Para garantir seu direito à cobertura, o segurado e/ou estipulante deverão efetuar o pagamento do prêmio do seguro até a data de seu vencimento.

11.4. O pagamento dos prêmios de seguro será efetuado de acordo com a periodicidade e data de vencimento estabelecida no contrato do seguro.

11.5. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, este poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias e sem acréscimo de valor.

11.6. O prêmio será pago pelo segurado por meio de ficha de compensação bancária ou de débito automático em conta corrente, conforme definido no contrato do seguro.

11.7. A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO PARA O DÉBITO DO PRÊMIO EM CONTA CORRENTE CARACTERIZARÁ INADIMPLÊNCIA, SENDO APLICADO O DISPOSTO NO ITEM 14.

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

11.9. Por ocasião da renovação da apólice, anualmente, sem prejuízo da atualização monetária prevista no item 15 destas condições gerais, os prêmios de seguro poderão ser reavaliados com o estipulante, com base na composição etária do grupo segurado e os respectivos capitais segurados, observado também o critério técnico, definido na nota técnica atuarial deste seguro.

11.10. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

11.11. NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NO ITEM 19 - CANCELAMENTO DA APÓLICE.

11.12. Mensalmente, até a data estabelecida no contrato, deverá ser enviado à seguradora por meio magnético as informações necessárias para cálculo do prêmio/faturamento, incluindo-se nome, sexo, matrícula, salário, CPF, data de nascimento e data de inclusão, este arquivo deve conter todos os segurados. Caso a movimentação seja enviada após o período estipulado no contrato, o faturamento será efetuado com base nos dados do período anterior, e o acerto após recebimento dos dados corretos, será efetuado no faturamento do período de competência posterior.

11.13. De posse dos dados, a seguradora emitirá fatura e respectivo documento de cobrança com data de vencimento estabelecida no contrato para pagamento.

12. SEGURADOS AFASTADOS

12.1. Os prêmios dos segurados afastados para tratamento de saúde, em decorrência de doença, terão de ser pagos normalmente à seguradora, para não haver a interrupção da respectiva cobertura.

12.2. Os capitais segurados dos segurados afastados para tratamento de saúde, em decorrência de doença, serão alterados na mesma proporção, sempre que forem alterados compulsoriamente os capitais do grupo que se encontrar em plena atividade profissional.

12.3. É vedada, ao segurado afastado, toda e qualquer alteração individual do capital, decorrente de aumento por promoção, após seu afastamento.

12.4. Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma para outra apólice, da mesma ou de outra sociedade seguradora, serão mantidos no novo seguro, os segurados principais afastados do serviço ativo por doença, desde que atendidas às demais exigências da proposta e do contrato do seguro.

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.

13.1.1. No caso de propostas recepcionadas com o pagamento antecipado do prêmio, o início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela seguradora.

13.1.2. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

13.2. O prazo de vigência da cobertura individual é de 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o fim de vigência da apólice coletiva 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 prazo de vigência da cobertura individual constará no certificado individual e será equivalente a 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva.

13.4. As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

13.5. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

14.1 OS CAPITAIS SEGURADOS E PRÊMIOS DE CADA SEGURADO SERÃO ATUALIZADOS ANUALMENTE, COM BASE NA VARIAÇÃO DO IGP-M/FGV – ÍNDICE GERAL DE PREÇOS DE MERCADO DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS, ACUMULADO DOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES QUE ANTECEDEM O MÊS ANTERIOR AO ANIVERSÁRIO DO SEGURO, OU OUTRO ÍNDICE ADMITIDO OFICIALMENTE QUE VENHA A SUBSTITUÍ-LO.

14.2 No caso de extinção do índice acima pactuado, o índice a ser utilizado será o IPCA/IBGE – ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

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

14.4 Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice previsto no item anterior até a data da ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

15. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS

15.1. Na falta de pagamento de prêmios será aplicado o disposto no contrato do seguro.

15.2. VENCIDO O PERÍODO PARA PAGAMENTO DOS PRÊMIOS EM ATRASO, DESCRITO NO CONTRATO DO SEGURO, O SEGURO FICARÁ DE PLENO DIREITO CANCELADO, NÃO PODENDO MAIS SER RESTABELECIDO. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO COM FIEL OBSERVÂNCIA DE TODOS OS PRÉ-REQUISITOS DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO NO SEGURO, DISPOSTO NO ITEM 6 - ACEITAÇÃO DO SEGURO DESTAS CONDIÇÕES GERAIS, SEM NENHUM VÍNCULO COM O SEGURO ANTERIORMENTE CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.

15.3. 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), sob a pena da aplicação do disposto no item 15.2 destas condições gerais.

15.4. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDOS DA VARIAÇÃO DO IPCA/IBGE - ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, CALCULADA NA BASE PRÓ-RATA DIA, OU POR OUTRO ÍNDICE OFICIAL QUE VENHA A SUBSTITUÍ-LO.

15.5. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 15.4, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% (ZERO VÍRGULA VINTE E CINCO POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

16. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

16.1. A cobertura de qualquer segurado cessa:

- a) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências em curso dos seguros individuais, cujos prêmios tenham sido integralmente pagos;
- b) Em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas condições gerais;
- c) Com a exclusão do segurado da apólice:
 - Pelo pagamento da indenização por Morte;
 - Por falta de pagamento do prêmio, conforme definido no contrato do seguro; e
 - Na data em que for protocolado na seguradora o PEDIDO DE CANCELAMENTO feito pelo segurado, desde que por escrito e devidamente assinado.
- d) Com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante; e
Parágrafo único. O segurado poderá optar por manter seu seguro com as mesmas coberturas, assumindo os custos de risco e de cobrança, desde que haja no contrato do seguro a anuência do estipulante e da seguradora.
- e) Com esgotamento dos limites máximos de indenização.

17. PERDA DE DIREITOS

17.1. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

17.2. Caso o segurado, seu(s) beneficiário(s), corretor de seguros e seus respectivos representantes legais, fizer(em) declaração inexata ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, o beneficiário perderá o direito ao capital segurado e a seguradora terá o direito ao prêmio vencido

17.3. Se a inexatidão ou omissão das declarações não resultar de má-fé, a seguradora poderá:

I. Na hipótese de não ocorrência de evento coberto:

- A. Rescindir o contrato de seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- B. Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio devido ou restringindo a cobertura contratada.

II. Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento parcial do capital segurado:

- A. Rescindir o contrato de seguro, após o pagamento da indenização devida, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

B. Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao beneficiário, quando for o próprio segurado, ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III. Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento integral do capital segurado, rescindir o contrato de seguro, após o pagamento de indenização, mediante a cobrança da diferença de prêmio cabível.

17.4. Também haverá a perda do direito ao capital segurado, nos seguintes casos praticados pelo segurado, beneficiário, corretor e seus respectivos representantes legais:

- Não cumprimento das obrigações contratuais da apólice
- Fraude ou tentativa de fraude, inclusive em laudos médicos que justifiquem falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto;
- Solicitação de exclusão do seguro feita pelo segurado ou pelo estipulante; e
- Dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), para obter ou majorar seu capital segurado.

17.5. O segurado é obrigado 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.

17.5.1. Recebida a comunicação formalizada a respeito de qualquer incidente que agrave o risco, sem culpa do segurado, 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 ao segurado.

17.5.2. 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.

17.5.3. 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.

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 e as renovações posteriores devem ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.

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 ao segurado.

18.2. 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 não tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação.

18.3. Caso haja, na renovação, qualquer alteração na apólice, que implique ônus, deveres adicionais aos segurados, ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

19. CANCELAMENTO DA APÓLICE

19.1. CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NO ITEM 21 – “MODIFICAÇÃO NAS CLÁUSULAS DA APÓLICE”, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA, DESDE QUE HAJA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO, E MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (SESSENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO AOS SEGURADOS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.

19.2. ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.

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

19.4. No caso de rescisão 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 rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora poderá reter, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto abaixo:

TABELA DE PRAZO CURTO			
Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção do prazo em dias	% do Prêmio	Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção do 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

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

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

20.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o solicitante 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 pelo(s) beneficiário(s) os documentos relacionados abaixo:

- Formulário “aviso de sinistro” preenchido e assinado pelo segurado ou seu representante;
- Certidão de óbito da pessoa que sofreu o sinistro;

- Cópia do RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro;
- Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante);
- Declaração médica devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório;
- Os 3 (três) últimos contracheques, anteriores à data da ocorrência, no caso de Apólice com Capital Segurado Múltiplos de Salário;
- Em caso de Seguro com Capital Global: Relação de empregados e guia de recolhimento do FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço) do mês anterior ao sinistro;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
- Cópia do Brevê de Piloto, em caso de acidente aeronáutico e o segurado for o piloto;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor;
- Cópia do Laudo da Capitania dos Portos, em caso de naufrágio e ou afogamento;
- Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
- Cópia do Laudo de Necropsia.

20.2.1. Documentação para o evento **Morte Acidental:**

- Cópias de RG(s) e CPF(s) do(s) beneficiário(s) indicado(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. Se o cônjuge for o beneficiário do seguro é necessário o envio da Certidão de Casamento, extraída no cartório após o óbito. Em caso de companheira(o), é necessária Declaração que comprove união estável, firmada em cartório ou emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o companheiro(a) seja dependente do segurado(a);
- Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s), encaminhar declaração para confirmar que reside(m) com seu(s) representante(s) legal(is), em seu(s) respectivo(s) endereço(s).

20.2.2. Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado, enviar à seguradora os seguintes documentos:

- a) Original da declaração dos herdeiros legais com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado e nomeando-os;
- b) Cópias de RG(s) e CPF(s). Na falta do RG, para filho(s) e/ou herdeiro(s) legal(is) menor(ES) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento dele(s). Independente da idade do(s) filho(s) e/ou herdeiro(s) legal(is) a(s) cópia(s) da(s), Certidão(ões) de Nascimento(s) não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do(s) CPF(s);
- c) Cópia da Certidão de Casamento da pessoa que sofreu o sinistro (se for casado, divorciado, separado ou viúvo), extraída no cartório após o seu óbito;
- d) Original da Escritura Declaratória de União Estável, ou condição equiparada, firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o cônjuge/companheiro(a) seja dependente do segurado(a).

20.3. Os menores de dezoito anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.

20.4. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO(S) BENEFICIÁRIO(S), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.

20.5. O segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da sociedade seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do segurado, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado através de seu médico-assistente.

20.6. 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.

20.7. A seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos 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 20.6 no caso de solicitação de nova documentação ou informações necessárias para a liquidação do sinistro, voltando a correr, a contagem do prazo à zero hora do dia seguinte em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.

20.8. 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.

20.9. A NÃO ENTREGA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EM ATÉ 6 (SEIS) MESES, SEM QUALQUER JUSTIFICATIVA, ENSEJERÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO ADMINISTRATIVAMENTE.

20.10. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTE ITEM 20, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, OU OUTRO ÍNDICE QUE VENHA SUBSTITUÍ-LO, COM BASE NA VARIAÇÃO APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.

20.11. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 20.10, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA PELO IPCA/IBGE, DE 0,25% (ZERO VÍRCULA VINTE E CINCO POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

20.12. 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.

20.13. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, estabelecer que os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.

20.14. 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.

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 OS SEGURADOS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.

21.2. PARA OS SEGURADOS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS, DEVERES ADICIONAIS PARA OS SEGURADOS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE

A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO.

21.3. Caso o estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato, ao longo de sua vigência, deverá apresentar à seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

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 sociedade 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 o 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.

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 DOS SEGURADOS, ALTERAÇÕES NA NATUREZA DO RISCO COBERTO, BEM COMO QUAISQUER EVENTOS QUE POSSAM, NO FUTURO, RESULTAR EM SINISTRO, DE ACORDO COM O DEFINIDO CONTRATUALMENTE;
- C) FORNECER AO SEGURADO, SEMPRE QUE SOLICITADO, QUAISQUER, INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CONTRATO DE SEGURO;
- D) DISCRIMINAR O VALOR DO PRÊMIO DE SEGURO NO INSTRUMENTO DE COBRANÇA, NA FORMA ESTABELECIDADA;
- E) REPASSAR OS PRÊMIOS DE SEGURO À SEGURADORA, NOS PRAZOS ESTABELECIDOS CONTRATUALMENTE;
- F) REPASSAR AOS SEGURADOS TODAS AS COMUNICAÇÕES OU AVISOS INERENTES À APÓLICE, QUANDO FOR DIRETAMENTE RESPONSÁVEL PELA SUA ADMINISTRAÇÃO;
- G) DISCRIMINAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO RISCO, NOS DOCUMENTOS E COMUNICAÇÕES REFERENTES AO SEGURO EMITIDOS PARA O SEGURADO;
- H) COMUNICAR, DE IMEDIATO, À SEGURADORA, A OCORRÊNCIA DE QUALQUER SINISTRO OU EXPECTATIVA DE SINISTRO REFERENTE AO GRUPO QUE REPRESENTA, ASSIM QUE DELES TIVER CONHECIMENTO, QUANDO ESTA COMUNICAÇÃO ESTIVER SOB SUA RESPONSABILIDADE;
- I) DAR CIÊNCIA AOS SEGURADOS DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS ESTIPULADOS PARA A LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS;
- J) COMUNICAR, DE IMEDIATO, A SUSEP, QUAISQUER PROCEDIMENTOS QUE 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. NO CASO DE SEGUROS CONTRIBUTÁRIOS, É VEDADO AO ESTIPULANTE E AO SUBESTIPULANTE:

- A) COBRAR, DOS SEGURADOS, QUAISQUER VALORES RELATIVOS AO SEGURO, ALÉM DOS ESPECIFICADOS PELA SEGURADORA;
- B) RESCINDIR O CONTRATO SEM ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE UM NÚMERO DE SEGURADOS QUE REPRESENTA, NO MÍNIMO, $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO;
- C) EFETUAR PROPAGANDA E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM PRÉVIA ANUÊNCIA DA SEGURADORA, E SEM RESPEITAR A FIDEDIGNIDADE DAS INFORMAÇÕES QUANTO AO SEGURO QUE SERÁ CONTRATADO;
- 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;
- E) ENTRETANTO, NOS SEGUROS COLETIVOS DE CUSTEIO CONTRIBUTÁRIO, SE O ESTIPULANTE DEIXAR DE RECOLHER JUNTO À SEGURADORA E NO PRAZO DEVIDO OS PRÊMIOS RECOLHIDOS DOS SEGURADOS, ESTES NÃO SERÃO PREJUDICADOS NO DIREITO À COBERTURA DO SEGURO, RESPONDENDO A SEGURADORA PELO PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES DEVIDAS, E FICANDO O ESTIPULANTE SUJEITO À COMINAÇÕES LEGAIS PREVISTAS NA LEGISLAÇÃO VIGENTE.

23. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

23.1. 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.

24. PRESCRIÇÃO

24.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

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. 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.

25.3. As condições contratuais do seguro deverão estar à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva proposta de adesão, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais.

25.4. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado 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, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

26. SUB-ROGAÇÃO

26.1. No seguro de pessoas, o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.

27. FORO

27.1. As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Esta cláusula tem por objetivo garantir, nos termos destas condições especiais e das condições gerais e contratuais da apólice de acidentes pessoais coletivo, o pagamento de indenização ao próprio segurado, em decorrência de acidente pessoal, estando a apólice e respectiva cobertura individual em vigor na data da ocorrência do evento previsto nas condições contratuais, respeitando os riscos expressamente excluídos da apólice.

2. DEFINIÇÕES

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

2.1.1. Incluem-se nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- 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.

2.1.2. Excluem-se desse conceito:

- 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- 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.

2.2. Médico-Assistente: É o profissional devidamente habilitado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados.

Não serão aceitos como médico-assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

3. COBERTURA DO SEGURO

3.1. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): É a garantia de pagamento de uma indenização, referente à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total de um membro ou órgão em virtude de lesão física, conforme especificado no item 3.2, causada por acidente coberto, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

3.1.1. Para fim deste seguro, considera-se Invalidez Permanente Total 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 do uso de um membro ou órgão.

3.1.2. No caso de Invalidez Permanente decorrente de Acidente Pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de Invalidez Permanente Total AVALIADA QUANDO DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA, a sociedade seguradora pagará ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização de 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a esta cobertura, de acordo com a TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE, descrita no item 3.2 desta cláusula adicional.

- a) **QUANDO DE UM MESMO ACIDENTE RESULTAR INVALIDEZ DE MAIS DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO, da tabela constante no item 3.2 a indenização não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura 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;**
- b) **Para efeito de pagamento, a perda funcional de membro ou órgão JÁ DEFEITUOSO ANTES DO ACIDENTE, será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente;**
- c) **A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.**

3.1.3. As Indenizações pelas Coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPTA, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a sociedade seguradora pagará a indenização relativa a Morte Acidental, deduzido o valor já pago pela IPTA.

3.2. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

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

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	
	Perda total do uso de ambas as mãos	
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	
	Perda total de uso de ambos os pés	
	Alienação mental total e incurável	
Nefrectomia Bilateral		

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA CLÁUSULA ADICIONAL:

- a) OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
- b) PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS, MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO DEVIDAMENTE HABILITADO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Considera-se como data de evento para a cobertura prevista nesta cláusula adicional, para efeito de determinação de responsabilidade da sociedade seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

5.2. A reintegração do capital segurado de cada cobertura prevista nesta cláusula adicional é automática após cada acidente.

6. BENEFICIÁRIOS

6.1. Considera-se como beneficiário desta cláusula adicional o próprio segurado, ou na eventual impossibilidade, a quem legalmente o represente nos atos da vida civil, desde que devidamente comprovado, observada as disposições das condições gerais.

7. PAGAMENTO DE PRÊMIO

7.1. O SEGURADO DEVERÁ CONTINUAR PAGANDO O VALOR INTEGRAL DO PRÊMIO DE SEGURO, INDEPENDENTE DE QUALQUER INDENIZAÇÃO QUE TENHA SIDO EFETUADA REFERENTE A COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. A garantia desta cobertura individual cessa nas seguintes situações:

- a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento ou não renovação do seguro, ou de cessação da cobertura de cada segurado;
- b) Na eventualidade de ocorrência de sinistro por Morte;
- c) Quando for cancelada a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA).

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

9.1. Ocorrendo a invalidez permanente total por acidente, coberta pelo seguro, o segurado ou seu representante legal, deverá comunicar imediatamente o sinistro à sociedade seguradora, através da central de atendimento da seguradora.

9.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo segurado os documentos elencados abaixo:

- Formulário “aviso de sinistro” assinado;
- Cópia do RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro;
- Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante);
- Cópia da carta de concessão de aposentadoria (se houver);

- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor;
- Cópia do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso;
- Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia);
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
- Declaração médica devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório.

9.3. A SOCIEDADE SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O GRAU OU PERMANÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE E SUA RESPECTIVA PERCENTAGEM.

9.4. 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 ATRAVÉS DE DECLARAÇÃO MÉDICA.

9.5. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.

9.6. A junta médica de que trata no item anterior, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.

9.7. 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 INTEGRALMENTE COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.

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

9.9. O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CONTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA A CURA COMPLETA.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

1. OBJETIVO

1.1. A presente cláusula tem por objetivo garantir ao estipulante e/ou aos segurados, a participação no excedente técnico da apólice, apurado após cada ano de vigência do seguro.

2. DEFINIÇÃO

2.1. **Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

3. DETERMINAÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

3.1. Consideram-se como receitas, para fins de apuração do excedente:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) Estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

3.2. Consideram-se como despesas mínimas, para fins de apuração do excedente:

- a) As comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) As comissões de administração (pró labore) pagas durante o período;
- c) As comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- e) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- f) O valor correspondente à estimativa de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR), calculado com base no percentual fixado na época da implantação ou renovação da apólice, aplicável sobre os sinistros avisados no decorrer da vigência da apólice.
- g) Despesas efetivas de administração, calculadas pelo percentual definido nas condições contratuais, sobre os prêmios efetivamente pagos.

4. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

4.1. As receitas e as despesas serão atualizadas monetariamente:

- a) Prêmios e comissões, desde os respectivos pagamentos;
- b) Sinistros, desde a data do aviso;
- c) Despesas de administração, desde as datas em que incorreram; e
- d) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados, desde a respectiva apuração.

4.2. O excedente apurado será atualizado desde o término da vigência do período considerado, até a data do respectivo pagamento.

5. DISTRIBUIÇÃO DO EXCEDENTE TÉCNICO

5.1. A participação no excedente técnico está condicionada a que a apólice tenha apresentado, durante o período de apuração, a média mensal mínima de 500 (quinhentos) segurados principais.

5.2. O excedente técnico apurado será atribuído ao estipulante e/ou ao subestipulante até o limite de sua contribuição no pagamento dos prêmios da apólice; o eventual excesso será distribuído aos segurados pelo estipulante e/ou subestipulante.

6. PAGAMENTO DO EXCEDENTE

6.1. A distribuição de excedentes técnicos será realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento por conta do excedente técnico a ser apurado.

6.2. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado aos segurados.

6.3. Serão deduzidos no excedente técnico, no ato de seu pagamento, todos os impostos ou taxas de competência dos contemplados, que por lei, a seguradora for obrigada a recolher.

7. MODIFICAÇÕES DA CLÁUSULA

7.1. EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQUÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA, O ESTIPULANTE E/OU O SUBESTIPULANTE, SE HOVER, COM A ANUÊNCIA DE $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO DURANTE A VIGÊNCIA DA APÓLICE.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Aplica-se à esta cláusula todas as disposições contidas nas condições gerais, especiais ou contratuais da apólice, que sejam pertinentes e não contrariem os dispositivos aqui expressos.