

# **SEGURO DE VIDA DE PARTICIPANTES DE EFPC**

## **Condições Contratuais**

### **Versão 1.0**

CNPJ 28.196.889/0001-43  
Processo SUSEP nº 15414.901055/2017-09

## ÍNDICE

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	4
2. DEFINIÇÕES .....	4
3. COBERTURAS DO SEGURO .....	6
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	7
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA.....	8
6. CARÊNCIAS.....	8
7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO CONTRATO COLETIVO .....	8
8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL AO SEGURO .....	9
9. BENEFICIÁRIOS.....	10
10. CAPITAL SEGURADO .....	10
11. CUSTEIO DO SEGURO .....	11
12. PAGAMENTO DE PRÊMIO E INADIMPLÊNCIA .....	11
13. SEGURADO AFASTADO.....	11
14. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	12
15. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL .....	12
16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.....	12
17. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL .....	13
18. PERDA DE DIREITO .....	14
19. CANCELAMENTO DA APÓLICE .....	14
20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO .....	15
21. ALTERAÇÕES NA APÓLICE.....	16
22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE .....	17
23. PROPAGANDA E PUBLICIDADE.....	18
24. PRESCRIÇÃO.....	18
25. FORO.....	18
26. DISPOSIÇÕES FINAIS .....	18
<b>CONDIÇÕES ESPECIAIS.....</b>	<b>19</b>
<b>COBERTURA BÁSICA DE MORTE DE PARTICIPANTE DE EFPC – M.....</b>	<b>19</b>
27. OBJETIVO DA COBERTURA.....	19
28. CAPITAL SEGURADO .....	19
29. DATA DO EVENTO .....	19
30. INICIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	19
31. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL .....	19
32. BENEFICIÁRIOS.....	19
33. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.....	19
34. RATIFICAÇÃO .....	20
<b>COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE DE PARTICIPANTE DE EFPC – IPTA....</b>	<b>21</b>
35. OBJETIVO DA COBERTURA.....	21
36. RISCOS COBERTOS.....	21
37. RISCOS EXCLUÍDOS.....	21

38. CAPITAL SEGURADO .....	22
39. DATA DO EVENTO .....	22
40. INICIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	22
41. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL .....	22
42. BENEFICIÁRIOS.....	22
43. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO .....	22
44. RATIFICAÇÃO .....	22
<b>COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA DE PARTICIPANTE DE EFPC – ANTECIPAÇÃO– IFPD–A .....</b>	<b>23</b>
45. OBJETIVO DA COBERTURA .....	23
46. DEFINIÇÕES .....	23
47. RISCOS COBERTOS.....	24
48. RISCOS EXCLUÍDOS .....	25
49. CAPITAL SEGURADO .....	25
50. DATA DO EVENTO .....	26
51. INICIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	26
52. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL .....	26
53. BENEFICIÁRIOS.....	26
54. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO .....	26
55. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA .....	26
56. RATIFICAÇÃO .....	27
<b>ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF .....</b>	<b>28</b>
<b>DOCUMENTO 1 – TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIIS E DE ESTADOS CONEXOS .....</b>	<b>28</b>
<b>DOCUMENTO 2 – TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE .....</b>	<b>29</b>
<b>COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA DE PARTICIPANTE DE EFPC – ILPD .....</b>	<b>30</b>
57. OBJETIVO DA COBERTURA .....	30
58. RISCOS COBERTOS.....	30
59. RISCOS EXCLUÍDOS .....	30
60. CAPITAL SEGURADO .....	30
61. DATA DO EVENTO .....	30
62. CARÊNCIA.....	31
63. INICIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA.....	31
64. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL .....	31
65. BENEFICIÁRIOS.....	31
66. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO .....	31
67. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.....	31
68. RATIFICAÇÃO .....	31
<b>SAC .....</b>	<b>32</b>
<b>OUVIDORIA .....</b>	<b>32</b>

## CONDIÇÕES GERAIS

### 1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir, mediante o recebimento do prêmio, o pagamento de indenização ao beneficiário do seguro, observadas as coberturas contratadas e condições contratuais, estando a apólice e as respectivas coberturas em vigor na data da ocorrência do evento, **desde que não se trate de risco expressamente excluído ou hipótese de perda de direito.**

### 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 a 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 pessoal coberto;**
- c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como «invalidez acidentária», nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nesta cláusula.**

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

- 2.3. **Apólice:** documento emitido pela seguradora que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações das partes e discriminando as coberturas contratadas, solicitada pelo estipulante e substipulante (se houver).

- 2.4. **Aviso de Sinistro:** comunicação específica que o estipulante, segurado ou beneficiário são obrigados a fazer à seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato sobre a ocorrência do evento passível de cobertura.

- 2.5. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores do capital segurado, respeitada a cobertura contratada, na hipótese de ocorrência do evento coberto.

- 2.6. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.

- 2.7. **Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito ao(s) capital(is) segurado(s) contratado(s), no caso de ocorrência de evento coberto.

- 2.8. **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

- 2.9. Coberturas de Risco:** obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, descritas nas condições contratuais.
- 2.10. 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 admitidos pela legislação vigente.
- 2.11. 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 do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.12. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas e/ou modalidades de um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e, quando couber, do estipulante.
- 2.13. Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- 2.14. Contrato de Seguro:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante, subestipulante (se houver) e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, do subestipulante (se houver) da seguradora, do(s) segurado(s), e do(s) beneficiário(s).
- 2.15. Corretor:** é a pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e legalmente autorizada a intermediar e promover a realização de contratos de seguro entre as seguradoras e os segurados. A escolha do corretor de seguros é de responsabilidade do segurado. **O corretor de seguros responde civilmente perante as partes pelos prejuízos que causar no exercício da profissão.**
- 2.16. Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** é o documento utilizado para avaliação do risco pela seguradora, no 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 na legislação vigente.
- 2.17. 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.
- 2.18. Doenças e Lesões Preexistentes e suas consequências:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à adesão ao seguro, de seu prévio conhecimento, não declarada na proposta, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou da existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde. **A omissão dessas doenças ou lesões, por ocasião da adesão ao seguro, poderá ensejar a perda de direito ao seguro.**
- 2.19. EFPC:** entidade fechada de previdência complementar.
- 2.20. Endosso:** equivalente a aditivo, é o termo utilizado para definir o documento expedido pela seguradora, durante a vigência do seguro, pelo qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice e/ou no certificado individual do seguro.
- 2.21. Estipulante:** é a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do plano de seguro coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do seguro, e como estipulante/averbador quando não participar do custeio.
- 2.22. Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, ocorrido durante a vigência do seguro, enquadrado na cobertura prevista na apólice contratada.
- 2.23. Foro:** âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do contrato de seguro.
- 2.24. Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
- 2.25. Grupo Segurável:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante ou subestipulante (se houver), e que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.26. Impotência Funcional:** é a alteração ou redução de função orgânica ou de partes do organismo, de forma parcial ou total, que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.
- 2.27. Indenização:** é o valor máximo a ser pago ao beneficiário pela seguradora, quando da ocorrência de evento coberto, limitado ao valor do capital segurado individual da respectiva cobertura contratada, vigente na data da ocorrência do evento.
- 2.28. Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.

- 2.29. Médico Assistente:** profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável por seu acompanhamento clínico e diagnóstico. **A seguradora não aceitará que seja nomeado como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**
- 2.30. Período de Cobertura:** é o prazo de duração da cobertura contratada, respeitadas as condições contratuais, no qual o segurado ou o(s) beneficiário(s), quando for o caso, fará(ão) jus aos capitais segurados contratados, no caso de ocorrência de evento coberto.
- 2.31. Prêmio:** valor pago à seguradora para o amparo das coberturas contratadas.
- 2.32. Proponente:** é a pessoa física interessada em contratar a(s) cobertura(s) ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.33. 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 sua vontade de aderir à apólice coletiva e manifesta seu pleno conhecimento e concordância das condições contratuais. É destinado a cada segurado como comprovante de sua adesão.
- 2.34. Proposta de Contratação:** é o documento assinado pelo estipulante ou subestipulante (se houver), com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, na qual o estipulante expressa a intenção de contratação do seguro coletivo, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.35. Redução Funcional:** é a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.
- 2.36. 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 cobertos, ocorridos nesse período, não havendo, portanto, devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou ao(s) beneficiário(s).
- 2.37. Regulação de Sinistro:** é o processo administrativo que visa verificar as causas e circunstâncias de um evento, a partir de sua comunicação pelo beneficiário e, em face dessas verificações, concluir sobre a sua cobertura ou não, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 2.38. Relatório Médico:** é o documento na forma de relatório ou similar, preenchido por médico com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos. **Não será aceito, para fins de liquidação do sinistro, documento emitido por médico que seja o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins,** mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.
- 2.39. Riscos Excluídos:** correspondem aos riscos, previstos nas condições contratuais, que não serão cobertos pelo plano de seguro contratado.
- 2.40. Segurado:** é a pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.41. Segurado Principal:** é o segurado que possui vínculo com o estipulante.
- 2.42. Seguradora:** é a empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s) contratada(s), mediante o recebimento de prêmio, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.
- 2.43. Sinistro:** é a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.
- 2.44. Vigência do Seguro:** é o período de tempo fixado para validade do contrato de seguro.
- 2.45. Vigência da Cobertura Individual:** é o período de tempo fixado no certificado individual em que o segurado permanece amparado pelo seguro, mediante o pagamento dos prêmios devidos à seguradora.
- 3. COBERTURAS DO SEGURO**
- 3.1.** É facultada ao estipulante e/ou subestipulante a escolha das coberturas do seguro, respeitando as regras de conjugação de planos indicadas nesta cláusula e aplicáveis a todo o grupo segurado. O conjunto das coberturas contratadas deverá ser identificado na proposta de contratação, sendo obrigatória a contratação da cobertura básica relacionada abaixo:
- 3.1.1. Cobertura Básica:**  
A) MORTE DE PARTICIPANTES DE EFPC – M
- 3.1.2. Coberturas Adicionais:**  
A) INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE DE PARTICIPANTES DE EFPC – IPTA

**B) INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA DE PARTICIPANTES DE EFPC – ANTECIPAÇÃO – IFPD–A****C) INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA DE PARTICIPANTES DE EFPC – ILPD**

- 3.2. As coberturas de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação – IFPD–A e Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença – ILPD não podem ser contratadas em conjunto.
- 3.3. O estipulante e/ou subestipulante deverá declarar na proposta de contratação qual(is) cobertura(s) será(ão) contratada(s).
- 3.4. As coberturas previstas nestas condições gerais somente terão validade quando contratadas e expressamente previstas na apólice, no certificado individual e/ou no aditivo.
- 3.5. A definição de cada uma das coberturas mencionadas nestas condições gerais, seus respectivos objetivos, seus riscos excluídos específicos, capital(is) segurado(s) e demais disposições estão determinados nas respectivas condições especiais.

**4. RISCOS EXCLUÍDOS****4.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro, os eventos relacionados ou ocorridos em consequência, direta ou indireta, de:**

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares 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, química ou bacteriológica, invasões, atos militares, hostilidades, de guerra civil ou guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se for comprovado que o evento tenha ocorrido pela utilização de meio de transporte mais arriscado, se decorrente de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, incluindo a gripe aviária, a febre aftosa, a malária, a dengue, a meningite, dentre outras, mas não se limitando a elas;
- d) Doenças ou lesões preexistentes à contratação do seguro, que sejam de conhecimento do segurado e que não foram declaradas na proposta de adesão;
- e) De suicídio e suas consequências ou sua tentativa, ocorridos antes de completados 2 (dois) anos de vigência ininterruptos do seguro, contados do início da respectiva cobertura individual de cada segurado ou da solicitação de aumento de capital segurado, ou ainda, as solicitação de inclusão de cobertura. Nestas hipóteses, a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado ou à cobertura incluída;
- f) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário, ou pelo representante legal de um ou de outro;
- g) Inundação, tufão, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, ciclone, maremoto ou qualquer outra convulsão da natureza de caráter extraordinário;
- h) Eventos em que o segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo;
- i) Participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de prática de esporte, legítima defesa ou estado de necessidade;
- j) Imprudência ou negligência grave do segurado, assim declarado judicialmente, bem como atos contrários à lei;
- k) Doação e transplante intervivos.

**4.2. Exclusão para Atos Terroristas**

- 4.2.1. Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprová-lo 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.

**4.3. Além dos riscos excluídos mencionados nos itens 4.1 e 4.2, estão expressamente excluídos das coberturas para acidentes pessoais, os eventos relacionados ou ocorridos em consequência direta ou indireta:**

- a) As doenças, incluídas as decorrentes de sequestros e suas tentativas, e a doença comumente chamada de Acidente Vascular Cerebral – AVC, 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 pessoal coberto;

- b) De acidentes ocorridos em data anterior à contratação do seguro;
- c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- d) Participação do segurado em competições ilegais em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;
- e) Acidente quando o segurado estiver conduzindo veículo automotor, aeronave ou equipamento sem a devida aptidão, habilidade ou habilitação específica e tenha dado causa ao sinistro.

## 5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

5.1. As coberturas deste seguro são válidas para eventos cobertos ocorridos em todo o globo terrestre.

## 6. CARÊNCIAS

6.1. Poderão ser aplicadas carências nas coberturas contratadas, cujos prazos estarão previstos nas condições especiais de cada cobertura e no contrato.

6.2. **Haverá carência nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do seguro, para a tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.**

6.3. O prazo de carência será contado a partir da data de início de vigência da cobertura individual ou em relação ao valor do aumento do capital segurado ou da cobertura incluída, em caso de sua alteração na vigência do contrato.

6.3.1. Nas hipóteses previstas no item 6.3, o prazo de carência somente será aplicado à diferença do capital segurado aumentado ou à cobertura incluída.

6.4. **O período de carência para as coberturas contratadas deverá ser de, no máximo, 2 (dois) anos, entretanto, o prazo de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência do certificado individual do seguro.**

6.5. A critério da seguradora, o período de carência poderá ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e Atividade e/ou Exame Médico.

6.6. No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para o(s) segurado(s) já incluído(s) no seguro pela apólice anterior.

6.7. Para sinistros decorrentes de Acidente Pessoal não será aplicada carência, **ressalvada a hipótese prevista no item 6.2.**

## 7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO CONTRATO COLETIVO

7.1. **A contratação do seguro se dará mediante apresentação da proposta de contratação, preenchida e assinada pelo estipulante e/ou seu representante legal e pelo corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na seguradora.**

7.2. **O pagamento antecipado do prêmio total ou parcialmente não caracteriza a aceitação da proposta.**

7.3. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da proposta de contratação, para aceitá-la ou recusá-la. A ausência de manifestação da seguradora, por escrito, no prazo previsto, respeitada as condições de suspensão, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

7.4. A seguradora, dentro do prazo estabelecido no item 7.3, poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da proposta de contratação. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a contar a partir da data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.

7.4.1. Considerando ser o estipulante pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no item 7.3, desde que a seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.

7.5. **A recusa do risco será comunicada pela seguradora ao estipulante ou corretor de seguros, por escrito, devidamente justificada.**

7.6. **Caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao estipulante, 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 e devidamente atualizado conforme previsto no item 16.3 da Cláusula 16 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.**



- 7.7. **Durante o período compreendido entre a data da recepção da proposta de contratação com o adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa da mesma, haverá cobertura pelo seguro.**
- 7.8. A aceitação do contrato coletivo se formalizará com a emissão da apólice de seguro pela seguradora no início do contrato, e em cada renovação, e, se formalizará com a emissão do competente endosso, em até 15 (quinze) dias, a partir da sua aceitação.
- 7.9. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco.

## 8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL AO SEGURO

### 8.1. **A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.**

8.2. Somente poderão ser incluídos no seguro as pessoas físicas pertencentes ao grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão e da declaração pessoal de saúde e atividades, e a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

8.2.1. A adesão à apólice de seguro coletiva se formaliza por meio de proposta de adesão assinada pelo proponente e/ou seu representante legal e/ou pelo corretor de seguros, que tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo da proposta na seguradora, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem na modificação do risco, para proceder a avaliação do risco.

8.2.2. Poderá ser aceito como segurado, todo 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 de seguro.**

8.3. 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.

8.3.1. **Quando a seguradora verificar que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes, poderá solicitar documentos ou exames complementares, para análise e aceitação do risco ou alteração da proposta, por uma única vez. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil seguinte em que se der o protocolo de entrega de toda a documentação solicitada.**

8.3.1.1. 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.

8.4. 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. **A existência de omissões, de declarações inverídicas ou de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de adesão ou no valor do prêmio, ensejará perda de direito à cobertura e determinará a nulidade do contrato, além de ficar obrigado ao prêmio vencido, conforme disposto na legislação vigente.**

8.5. O proponente e/ou o estipulante deverá, obrigatoriamente, fornecer à seguradora as seguintes informações cadastrais, observadas as condições e prazos da normatização e legislação em vigor:

a) Nome completo;

b) Número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/MF; número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data de expedição; ou número do Passaporte, com identificação do País de expedição;

c) Endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação);

d) Número de telefone e código de DDD, se houver;

e) Profissão;

f) Patrimônio estimado ou faixa de renda mensal; e

g) Enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso.

8.6. Se a seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada por e-mail por intermédio do estipulante ou do corretor de seguro, informando os motivos da não aceitação.

8.7. **O pagamento antecipado do prêmio do seguro, total ou parcialmente, não caracteriza a aceitação automática da Proposta de Adesão.**

- 8.8. **Caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, sendo este compreendido da data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data de formalização da sua recusa, devidamente atualizado conforme previsto no item 16.3 da Cláusula 16 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.**
- 8.9. **A ausência de manifestação por escrito, da seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.**
- 8.10. **A aceitação do seguro individual se formalizará com a emissão do certificado individual do seguro pela seguradora, no início do contrato e em cada renovação.**
- 8.11. **É vedada a contratação ou alteração do seguro por meio de procuração.**
- 8.12. **Os aposentados, por outros motivos que não a invalidez, poderão ser incluídos no seguro pagando através do estipulante os respectivos prêmios, conforme definido nas condições contratuais e no contrato de seguro.**

## 9. BENEFICIÁRIOS

- 9.1. O beneficiário de cada uma das coberturas será o estipulante – EFPC – Entidade Fechada de Previdência Complementar.
- 9.2. O estipulante – EFPC será o responsável em converter a indenização em renda ou efetuar o pagamento aos beneficiários do participante de EFPC, conforme previsto no contrato de pecúlio.
  - 9.2.1. Para a cobertura de morte, o(s) beneficiário(s) deverá(ão) ser indicado(s) pelo participante da EFPC na proposta de adesão. Na falta de indicação expressa de beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, será(ão) beneficiário(s) aquele(s) designado por lei, devendo ser aplicado o disposto no artigo 792 do Código Civil.
    - 9.2.1.1. O segurado poderá, a qualquer tempo, alterar o(s) beneficiário(s), mediante encaminhamento à seguradora do pedido de alteração, devidamente preenchido e assinado pelo segurado. A alteração de beneficiário só terá validade a partir do recebimento desse pedido pela seguradora.
    - 9.2.1.2. 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.
    - 9.2.1.3. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
    - 9.2.1.4. 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.
    - 9.2.1.5. **Em caso de indicação de beneficiário impedido por lei ou que tenha provocado a morte do segurado, ou ainda, na impossibilidade de pagamento ao(s) beneficiário(s) indicado(s), a indenização será paga conforme disposto no código civil vigente.**
    - 9.2.1.6. **Não será admitida a indicação ou substituição de beneficiário por procuração.**
- 9.3. Excepcionalmente, a seguradora indenizará diretamente o beneficiário em caso de ausência de vínculo entre o beneficiário e a EFPC.

## 10. CAPITAL SEGURADO

- 10.1. O capital segurado contratado para cada uma das coberturas corresponderá exclusivamente ao saldo residual individual para composição do Fundo de Pensão, calculado pela diferença entre o valor de reserva acumulado até a data do evento e o valor de reserva necessário para garantir o pagamento dos benefícios contratados junto ao estipulante.
- 10.2. O valor que trata o item 10.1 será calculado e enviado mensalmente pela Administradora do Fundo de Pensão e estipulante da apólice à seguradora.
- 10.3. O capital segurado corresponderá ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de evento coberto, respeitadas as condições contratuais e os limites estabelecidos para cada cobertura contratada.
- 10.4. O estipulante, a qualquer tempo, poderá solicitar à seguradora a emissão de endosso para alteração dos limites dos capitais estabelecidos na apólice, ficando a critério da seguradora sua aceitação e alteração do prêmio, mediante o pagamento de prêmio adicional, se o caso.
  - 10.4.1. Os pedidos de alterações dos limites de capital segurado deverão ser formalizados à seguradora, respeitadas as previsões constantes na Cláusula 21 – ALTERAÇÕES NA APÓLICE.
- 10.5. Todos os valores são expressos em moeda corrente nacional.

## 11. CUSTEIO DO SEGURO

11.1. A forma de custeio do seguro será estabelecida no contrato de seguro, com base nas seguintes possibilidades:

a) **Contributário:** aquele em que o segurado paga o seguro total ou parcialmente;

b) **Não Contributário:** aquele que o estipulante paga a totalidade do seguro.

## 12. PAGAMENTO DE PRÊMIO E INADIMPLÊNCIA

12.1. A periodicidade de pagamento do prêmio indicado na apólice coletiva e no certificado individual de seguro, poderá ser mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual à vista, conforme o definido pelo estipulante, na proposta de contratação.

12.2. Para garantir seu direito à cobertura, o segurado e/ou estipulante deverão efetuar o pagamento do prêmio do seguro, até a data-limite de seu vencimento, constante no respectivo documento de cobrança, de acordo com a forma de pagamento escolhida na proposta de contratação.

12.3. O pagamento dos prêmios do seguro será efetuado de acordo com a periodicidade e a data de vencimento estabelecidos na apólice e no certificado individual.

12.4. Caso a data estabelecida para o 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 coberturas, e sem acréscimo de valor.

12.5. Nos casos de opção de pagamento por débito em conta, o prêmio à vista será debitada após respectiva aceitação da proposta pela seguradora.

12.6. Por ocasião da renovação da apólice, anualmente, sem prejuízo da atualização monetária previsto no **item 16.1 da Cláusula 16 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS** 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.

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

12.8. **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 NAS CLÁUSULAS 14 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE E 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.**

12.9. **Em caso de atraso no pagamento do prêmio, a seguradora realizará a cobrança obedecendo a forma de pagamento estipulada no contrato e/ou nas propostas (contratação e/ou adesão) e aplicará os seguintes encargos previstos no item 16.4 da Cláusula 16 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.**

12.10. **O não pagamento do prêmio anual à vista ou da 1ª (primeira) parcela do prêmio, respeitada a periodicidade definida, até a data de seu vencimento, caracteriza a não efetivação do contrato de seguro.**

12.11. **Em caso de atraso no pagamento de parcela do prêmio posterior à 1ª (primeira), iniciará a contagem de prazo de tolerância de 90 (noventa) dias para regularização do pagamento, contados a partir da data de vencimento do 1º (primeiro) prêmio inadimplente.**

12.12. Não sendo regularizado o pagamento do prêmio do seguro durante o prazo de tolerância concedido, a seguradora enviará notificação ao segurado, nos seguros contributários, e ao estipulante ou subestipulante, nos seguros não contributários, para advertir quanto à necessidade de quitação da(s) parcela(s) do prêmio do seguro em atraso, com os seus encargos devidos, no prazo de até 10 (dez) dias, contados da data de seu recebimento, sob pena de cancelamento do seguro.

12.13. **Durante o prazo de tolerância, descrito no item 12.11, estarão cobertos os sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, condicionado ao pagamento da(s) parcela(s) do prêmio devida(s).**

12.14. **Decorrido o prazo de tolerância concedido sem que o pagamento do prêmio pendente tenha sido efetuado, o seguro ficará de pleno direito cancelado e não poderá mais ser restabelecida. Havendo interesse, deverá ser contratado novo seguro, respeitadas as condições de aceitação e elegibilidade, não sendo admitido qualquer vínculo entre os contratos.**

12.15. Nas contratações de seguros custeados total ou parcialmente pelos segurados, fica ajustado entre as partes que é de responsabilidade do estipulante e/ou subestipulante a cobrança dos referidos prêmios, bem como da quitação, nos prazos contratuais, das respectivas faturas emitidas pela seguradora.

## 13. SEGURADO AFASTADO

13.1. O prêmio do segurado afastado para tratamento de saúde, em decorrência de doença, terá de ser pago normalmente à seguradora.

- 13.2. O capital segurado do segurado afastado para tratamento de saúde, em decorrência de doença, será alterado na mesma proporção, sempre que for alterado compulsoriamente o capital do grupo segurado que se encontrar em plena atividade profissional.
- 13.3. **É vedada, ao segurado afastado, toda e qualquer alteração individual do capital segurado, decorrente de aumento por promoção, durante seu afastamento.**
- 13.4. Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma para outra apólice, da mesma ou de outra seguradora, será mantido no novo seguro, o segurado principal afastado do serviço ativo por doença, desde que atendidas às demais exigências da proposta e do contrato de seguro.

#### 14. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 14.1. A vigência da apólice coletiva, emitida em respeito às previsões constantes nestas condições contratuais, estará estabelecida no contrato de seguro e na própria apólice, tendo início e término às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida para tal fim.
- 14.2. A apólice poderá ser renovada automaticamente, por período igual, uma única vez, salvo se a seguradora, o estipulante ou o grupo segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, contados da data de vencimento da vigência da apólice, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.
- 14.3. As renovações posteriores a primeira deverão ser expressas entre as partes, seguradora e estipulante, sendo que cabe à seguradora, com no mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência à data de renovação. Comunicar por escrito o interesse pela renovação do seguro.
- 14.4. A aceitação da proposta, bem como de cada alteração ou renovação, implicará na emissão do respectivo endosso e envio da apólice de seguro, quando for o caso. **Em caso de inexatidão das informações da apólice, o estipulante deverá comunicar imediatamente a seguradora para a sua regularização, observado as hipóteses de perda de direito previstas na Cláusula 18 – PERDA DE DIREITO.**
- 14.5. **Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados, ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado.**
- 14.6. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

#### 15. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

- 15.1. A vigência da cobertura individual terá início e término às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no certificado individual do seguro.
- 15.1.1. **Nos seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas com o pagamento antecipado do valor de prêmio, o início de vigência da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.**
- 15.1.2. **Nos seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento antecipado de prêmio, o início de vigência da cobertura do certificado individual deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.**
- 15.2. O prazo de vigência da cobertura individual vigorará pelo prazo determinado no certificado individual do seguro, 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, observando as Cláusulas 14 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE, 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.
- 15.3. A apólice, 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.
- 15.4. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).
- 15.5. **A cobertura individual terá vigência pelo período em que a apólice coletiva estiver em vigor, ou seja, até o término de sua vigência, caso esta não seja renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio pago, exceto nas hipóteses previstas na Cláusula 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.**

#### 16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

- 16.1. O capital segurado e o prêmio do seguro serão atualizados segundo fatores objetivos relacionados à atualização do saldo residual individual, conforme definido na Cláusula 10 – CAPITAL SEGURADO.

- 16.2.** O índice utilizado para atualização monetária, em moeda nacional, será o IGP–M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas.
- 16.2.1.** Na falta, extinção ou proibição do uso do índice indicado no item anterior, o índice substituto 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.
- 16.2.2.** As atualizações serão calculadas com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento ou restituição e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 16.3.** Os valores devidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice estabelecido no item 16.2, desde a data em que se tornarem exigíveis:
- a) No caso de Cancelamento do Contrato:** a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora;
- b) No caso de Recebimento Indevido de Prêmio:** a partir da data de recebimento do respectivo prêmio;
- c) No caso de Recusa da Proposta:** a partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.
- 16.4.** Os valores dos prêmios em atraso sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE – ÍNDICE NACIONAL DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento ou restituição e aquele publicado em data imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 16.4.1.** Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido no item anterior, o índice substituto será aquele constante no item 16.2, ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.
- 16.5.** Os valores das indenizações de sinistros sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, a partir da data de ocorrência do evento – ou, se for o caso de reembolso, a partir do dispêndio – até a data do efetivo pagamento, **somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.**
- 16.5.1.** Os valores devidos a título de pagamento de indenização serão acrescidos de juros moratórios de 0,25% (zero vírgula vinte e cinco por cento) ao mês, quando o prazo estipulado, respeitando-se a faculdade de interrupção da respectiva contagem, quando for o caso, não for cumprido. Os juros moratórios serão calculados “pro rata temporis”, contados a partir do primeiro dia útil posterior ao término do prazo fixado até a data do efetivo pagamento.
- 16.5.2.** A atualização monetária será calculada com base na variação positiva do índice estabelecido no item 16.5, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 16.5.3.** Na falta, extinção ou proibição do uso do índice indicado no item 16.5, o índice substituto será aquele constante no item 16.2, ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.
- 16.6.** 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.

## 17. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 17.1.** A cobertura individual de cada segurado termina:
- a) Com o falecimento do segurado;**
- b) Com o término de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências mensais em curso dos seguros individuais, cujos prêmios de seguro tenham sido integralmente pagos;**
- c) Em caso de cancelamento da apólice ou do certificado individual, segundo as regras estabelecidas nestas condições gerais;**
- d) Com a exclusão do segurado da apólice, nas seguintes hipóteses:**
- d.1) Pelo pagamento da indenização por Morte;**
- d.2) Automaticamente, com o pagamento do capital segurado contratado, quando a cobertura indenizada prever a exclusão do segurado da apólice contratada;**
- d.3) No caso de cancelamento da apólice, respeitado o período de vigência do certificado individual correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago; e**

- d.4) Na data em que for protocolado na seguradora o PEDIDO DE CANCELAMENTO feito pelo segurado, desde que por escrito e devidamente assinado ou o cancelamento ocorrer a pedido da seguradora;
- e) Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 18 – PERDA DE DIREITO.

## 18. PERDA DE DIREITO

- 18.1. A seguradora não pagará qualquer indenização referente ao presente seguro, nem restituirá os prêmios do seguro e terá ainda o direito ao recebimento do prêmio vencido, caso o estipulante, o subestipulante (se houver), o segurado, seu(s) preposto(s), seu(s) beneficiário(s), seu corretor ou seu(s) representante(s) legal(is):
- Agravar intencionalmente o risco;
  - Fizer declaração inexata ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio;
  - Faltar com o cumprimento das obrigações ajustadas pelo contrato deste seguro;
  - Dolo, fraude consumada ou sua tentativa, simulação ou culpa grave tanto na contratação do seguro, quanto durante a sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização.
- 18.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do estipulante, do segurado, seus prepostos, seus beneficiários, seu corretor de seguros ou seus representantes legais, 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:
    - 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
    - Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
  - Na hipótese de ocorrência de evento coberto com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento de indenização, sem prejuízo de cobrança da diferença de prêmio cabível.
- 18.3. Também haverá a perda do direito ao capital segurado, no seguinte caso praticado pelo segurado, beneficiário, estipulante, subestipulante (se houver), seu(s) preposto(s), corretor ou seu(s) respectivo(s) representante(s) legal(is):
- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto.
- 18.4. 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 cobertura, se provado que silenciou-se de má-fé, conforme legislação em vigor.
- 18.4.1. Recebida a comunicação formalizada a respeito de qualquer incidente, sem culpa do segurado, a seguradora poderá cancelar o seguro, mediante comunicação por escrito ao segurado, desde que o faça no prazo máximo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso da agravação do risco.
- 18.4.2. 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.
- 18.4.3. O cancelamento 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.

## 19. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 19.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 12 – PAGAMENTO DO PRÊMIO E INADIMPLÊNCIA e 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL, a apólice de seguro ficará automaticamente cancelada, sem qualquer restituição de prêmios:
- Por mútuo acordo entre a seguradora e estipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de, pelo menos,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo segurado, respeitado o prazo de aviso prévio mínimo de 60 (sessenta) dias;

- b) Pelo descumprimento de qualquer cláusula/disposição das condições contratuais da apólice;
- c) Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo(s) estipulante, subestipulante(s), segurado, beneficiário e/ou preposto, devidamente comprovada na contratação do seguro, durante a sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização;
- d) Quando o estipulante e/ou subestipulante(s) deixar de efetuar o pagamento dos prêmios do seguro, observado o disposto na Cláusula 12 – PAGAMENTO DO PRÊMIO E INADIMPLÊNCIA, item 12.14 destas condições gerais.

- 19.2. A apólice coletiva não poderá ser cancelada durante o prazo de vigência, pela seguradora, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 19.3. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, **a seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, o prêmio proporcional calculado “pro rata temporis” relativo ao período decorrido de cobertura.**

## 20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 20.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o segurado, o(s) beneficiário(s) ou seu representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicar imediatamente à seguradora por meio da Central de Atendimento.
- 20.2. **A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data de entrega de todos os documentos relacionados nas respectivas coberturas, observado o disposto no subitem 20.3.2.**
- 20.3. Para a análise e regulação de sinistro deverão ser apresentados os documentos relacionados a seguir:
- 20.3.1. Documentação para qualquer evento:**
- a) Cópia do RG – Registro Geral ou do RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física do segurado;
  - b) Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone (com DDD) da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante). Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado;
  - c) Comprovante de vínculo com o subestipulante;
  - d) Comprovante de vínculo com a EFPC, quando houver;
  - e) Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro – Pessoa Física devidamente preenchido.
- 20.3.2. Além dos documentos acima especificados, para análise do sinistro, é imprescindível a apresentação dos documentos relacionados no item **LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO** das condições especiais de cada uma das coberturas contratadas.
- 20.3.3. **A documentação especificada nas respectivas condições especiais das coberturas não é restritiva. A seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos/informações que se façam necessários durante a regulação do sinistro, para conclusão da análise e sua completa elucidação.**
- a) Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 20.2 acima será suspenso, voltando a correr a partir do 1º (primeiro) dia útil seguinte à data da entrega protocolada dos documentos/informações complementares solicitados.
- 20.4. **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.**
- 20.5. **A não entrega dos documentos solicitados e necessários para a devida regulação do sinistro, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa por parte do solicitante (segurado ou beneficiário), ensejará no arquivamento do processo de sinistro administrativamente, suspendendo-se o prazo previsto no item 20.2. O processo poderá ser reaberto a qualquer tempo, mediante solicitação do segurado ou beneficiário com a apresentação dos documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto na legislação vigente.**
- 20.6. **A solicitação de documentos e as demais providências ou atos que a seguradora venha a praticar após o aviso do sinistro não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer capital segurado. A seguradora poderá exigir a autenticação das cópias dos documentos necessários à análise.**

- 20.7. Não será aceito, para fins de liquidação do sinistro, relatório emitido por médico que seja o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.
- 20.8. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos de habilitação do(s) beneficiário(s) correrão por conta dos interessados no pagamento de eventual capital segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.
- 20.9. Independentemente dos documentos exigidos pela seguradora nas condições especiais de cada Cobertura, esta poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação para apurar comprovação ou não do evento.
- 20.10. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica no segurado a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.
- 20.11. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.
- 20.12. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 20.13. Esta junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2(dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.
- 20.14. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.
- 20.15. O não comparecimento do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem. Se ficar comprovado que uma das partes impediu intencionalmente a realização de nova junta, esta deverá arcar com todas as despesas da nova, salvo convenção em contrário.
- 20.16. A seguradora não aceitará que seja nomeado como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, pagamento de capital segurado por parte da seguradora.
- 20.17. O segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da 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.
- 20.18. Caso haja atraso no pagamento do capital segurado relativa ao evento coberto, a importância devida pela Seguradora será atualizada conforme previsto na **Cláusula 16 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, item 16.5.**
- 20.19. 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.
- 20.20. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento, pago em parcela única.
- 20.21. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez, deverão ser atualizados pela variação positiva do índice pactuado na Cláusula 16 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, apurada entre o último índice publicado antes da data de obrigação de pagamento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 21. ALTERAÇÕES NA APÓLICE**
- 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 ou 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 **que impliquem em ônus, deveres adicionais ou redução de seus direitos aos segurados**, 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 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 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega protocolada da documentação.

**21.3.4.** A seguradora deverá, se for 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.** Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas condições gerais e demais disposições contratuais, ainda, são obrigações do estipulante:

- a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo seus dados cadastrais e dos componentes do grupo;
- 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 ou ao beneficiário, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio de seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- 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, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à 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, seu CNPJ, 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 ou subestipulante.

**22.2.** Nos seguros contributários, é vedado ao estipulante ou subestipulante (se houver):

- 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 represente, 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.

**22.3.** Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará o cancelamento do seguro, conforme previsão existente no item 17.1, alínea “d”, subalínea “d.3”, da Cláusula 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e sujeita o estipulante ou subestipulante às cominações legais.

22.4. Mensalmente, até a data estabelecida no contrato, deverá ser enviado à seguradora por meio de arquivo eletrônico 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.

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

## 23. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

---

23.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do estipulante e/ou corretor de seguros, somente poderão ser feitas com autorização prévia, expressa, e de supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas de seguro. Fica a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizada.

**23.2. A divulgação do seguro sem a prévia autorização da seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas adesões e/ou no cancelamento do seguro.**

## 24. PRESCRIÇÃO

---

24.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

## 25. FORO

---

25.1. Fica eleito o Foro da Comarca do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.

## 26. DISPOSIÇÕES FINAIS

---

26.1. Aos casos não previstos nas condições contratuais do seguro, serão aplicados os regulamentos e normas relacionados à matéria de seguros no Brasil e a legislação brasileira.

**26.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.**

**26.3. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**

**26.4. 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.**

26.5. As condições contratuais deste produto encontram-se registradas na SUSEP de acordo com o número do processo constante na apólice/certificado individual e poderão ser consultadas no endereço eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br).

## CONDIÇÕES ESPECIAIS

### COBERTURA BÁSICA DE MORTE DE PARTICIPANTE DE EFPC – M

#### 27. OBJETIVO DA COBERTURA

27.1. Esta cobertura, mediante pagamento de prêmio, garante ao beneficiário o pagamento do capital segurado em caso de morte natural ou acidental do segurado, devendo esta última ser em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto, durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

#### 28. CAPITAL SEGURADO

28.1. O capital segurado desta cobertura corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do evento coberto, respeitado os limites fixados na apólice/certificado individual do seguro, que serão definidos conforme previsto na Cláusula 10 – CAPITAL SEGURADO das condições gerais.

#### 29. DATA DO EVENTO

29.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data de falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

#### 30. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

30.1. Esta cobertura começa a vigorar a partir do início de vigência do certificado individual do seguro, para todos os segurados que tiverem manifestado seu interesse na adesão individual ao seguro, por meio de preenchimento da proposta de adesão, e que tenham sido aceitos pela seguradora nos prazos indicados na Cláusula 8 – CONDIÇÃO DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL AO SEGURO, item 8.3 das condições gerais.

#### 31. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

31.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 12 – PAGAMENTO DO PRÊMIO E INADIMPLÊNCIA, 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, das condições gerais, esta cobertura termina nas seguintes situações:

- a) Com o pagamento da indenização relativa a esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro;
- b) Com o pagamento de indenização de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

#### 32. BENEFICIÁRIOS

32.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será o estipulante – EFPC – Entidade Fechada de Previdência Complementar, que ficará responsável em repassar a indenização em forma de renda ou pagamento integral ao(s) beneficiário(s) indicado pelo segurado quando do preenchimento da proposta de adesão, observado o disposto no subitem 9.2.1, da Cláusula 9 – BENEFICIÁRIOS, das condições gerais.

#### 33. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

33.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, além da documentação descrita no item 20.3 da Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o segurado, contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte;
- b) Certidão de óbito do segurado;
- c) Quando a **Morte for decorrente de acidente pessoal**, também deverão ser apresentados:
  - i. Cópia do Laudo de Necropsia;
  - ii. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, **se cabível**;
  - iii. Cópia do Brevê de Piloto, **em caso de acidente aeronáutico e se o segurado for o piloto**;
  - iv. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, **se acidente automobilístico e o segurado for o condutor**;
  - v. Cópia do Laudo da Capitania dos Portos, em caso de naufrágio e/ou afogamento;
  - vi. Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente (se houver);
  - vii. 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 o segurado);

viii. CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante período de trabalho), se couber.

**33.1.1.** O(s) **beneficiário(s) indicado(s)** pelo segurado **também** deverá apresentar os seguintes documentos:

- a) Cópias de RG – Registro Geral ou RNE – Registro Nacional para Estrangeiros, do CPF – Cadastro de Pessoa Física;
  - i. Na falta do RG do(s) beneficiário(s) menor(es) de idade, enviar cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
  - ii. **Independente da idade do(s) beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles;**
- b) Cópia do(s) comprovante(s) de residência de cada beneficiário(s). Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado:
  - 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).

**33.1.2. Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado, além dos documentos descritos no subitem**

**33.1.1 acima, o(s) beneficiário(s) legal(is) também** deverá(ão) apresentar os seguintes documentos:

- a) Declaração de Único(s) Herdeiro(s) Legal(is), preenchida e assinada pelo(s) familiar(es) consanguíneo(s), com firma reconhecida das assinaturas em cartório, informando quem é(são) o(s) único(s) herdeiro(s) legal(is) do segurado (nome completo, data de nascimento e vínculo de parentesco: filho, esposa,...);
- b) Cópia da Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do segurado, **necessária somente** caso o estado civil do segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo;
- c) Em caso de companheira(o), é necessário Declaração que comprove a união estável firmada em cartório ou emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda do segurado onde consta a companheira(o) como sua dependente ou outra comprovação admitida em lei;
- d) Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro – Pessoa Física, devidamente preenchido e assinado por cada beneficiário(s).

**33.2. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas à presente cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO, das condições gerais.**

## **34. RATIFICAÇÃO**

**34.1.** Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais deste seguro que não tenham sido modificadas por esta cobertura.

**COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE DE PARTICIPANTE DE EFPC – IPTA**
**35. OBJETIVO DA COBERTURA**

35.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, garante ao beneficiário o pagamento do capital segurado contratado, caso o segurado venha a se tornar totalmente inválido em caráter permanente, pela perda ou impotência funcional definitiva e total de membro ou órgão especificado na Cláusula 36 – RISCOS COBERTOS, desta cobertura, em decorrência de lesão física provocada direta e exclusivamente por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.**

**36. RISCOS COBERTOS**

36.1. **Entende-se como Invalidez Permanente Total por Acidente, a perda ou impotência funcional definitiva, total de um dos membros ou órgãos previstos na “Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente”, constante no item 36.4 abaixo, a ser pago em virtude de lesão física exclusivamente decorrente de acidente pessoal coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observado o disposto no item 36.3 desta cláusula.**

36.2. No caso de Invalidez Permanente decorrente de acidente pessoal coberto, após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, constatada e avaliada a existência de Invalidez Permanente Total quando da alta médica definitiva, a 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 36.4 desta cláusula.

36.3. **A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMBLADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE TRATA ESSA COBERTURA, DEVENDO SER COMPROVADA POR RELATÓRIO MÉDICO.**

36.4. **TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**  
Caracterizada a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente, conforme previsto nesta cobertura, 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	

**37. RISCOS EXCLUÍDOS**

37.1. Além dos riscos expressamente excluídos nas cláusulas 2 – DEFINIÇÕES, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também excluídos desta cobertura adicional, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta e/ou relacionados a:

- a) quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) os tratamentos e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivos ao acidente;
- c) os acidentes médicos;
- d) problemas auditivos e outros;
- e) envenenamento, exceto escapamento acidental de gases e vapores.

## 38. CAPITAL SEGURADO

38.1. O capital segurado desta cobertura corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do evento coberto, respeitado os limites fixados na apólice/certificado individual do seguro, que serão definidos conforme previsto na Cláusula 10 – CAPITAL SEGURADO das condições gerais.

## 39. DATA DO EVENTO

39.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

## 40. INICIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

40.1. Esta cobertura começa a vigorar a partir do início de vigência do certificado individual do seguro, para todos os segurados que tiverem manifestado seu interesse na adesão individual ao seguro, por meio de preenchimento da proposta de adesão, e que tenham sido aceitos pela seguradora nos prazos indicados na Cláusula 8 – CONDIÇÃO DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL AO SEGURO, item 8.3 das condições gerais.

## 41. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

41.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 12 – PAGAMENTO DO PRÊMIO E INADIMPLÊNCIA, 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, das condições gerais, esta cobertura termina nas seguintes situações:

- a) Com o pagamento de 100% (cem por cento) da indenização relativa a esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro;
- b) Com o pagamento de indenização de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

41.1.1. Os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente pelo índice previsto no item 16.3 da Cláusula 16 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS das condições gerais.

## 42. BENEFICIÁRIOS

42.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será o estipulante – EFPC – Entidade Fechada de Previdência Complementar, que ficará responsável em repassar a indenização em forma de renda ou pagamento integral ao próprio segurado ou seu representante legal, observado o disposto no item 9.2, da Cláusula 9 – BENEFICIÁRIOS, das condições gerais.

## 43. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

43.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, além da documentação descrita no item 20.3 da Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o segurado, contendo o histórico do atendimento, o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e, as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;
- b) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, **se acidente automobilístico e o segurado for o condutor**;
- c) Cópia do Comunicado de Acidente do Trabalho – CAT, com descrição do acidente, se cabível;
- d) Original do Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia) do segmento (órgão ou parte do corpo);
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – BO, com descrição do acidente, se cabível.

43.2. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas à presente cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO, das condições gerais.

## 44. RATIFICAÇÃO

44.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais deste seguro que não tenham sido modificadas por esta cobertura.

## COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA DE PARTICIPANTE DE EFPC – ANTECIPAÇÃO– IFPD–A

### 45. OBJETIVO DA COBERTURA

45.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento do prêmio adicional, garante ao(s) beneficiário(s) a antecipação do pagamento do capital segurado relativo a cobertura básica de Morte, caso seja caracterizada a Invalidez Funcional Permanente e Total, conseqüente de doença que cause a Perda da Existência Independente do segurado, sob critérios devidamente especificados na Cláusula 47 – RISCOS COBERTOS, desta cobertura, ocorridos durante a vigência do seguro, observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.

### 46. DEFINIÇÕES

46.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES das condições gerais, são aplicáveis à presente cobertura:

- a) **Agravo Mórbido:** piora de uma doença.
- b) **Alienação Mental:** distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a prática dos atos da vida civil.
- c) **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas do corpo humano destinadas ao seu deslocamento.
- d) **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
- e) **Auxílio:** a ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- f) **Ato Médico:** procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- g) **Cardiopatia Grave:** doença relacionada às afecções do coração considerada grave, e que atenda os seguintes critérios de forma conjunta:
  - Classe funcional III ou IV segundo a NYHA (New York Heart Association);
  - Fração de ejeção mensurada no ecodopplercardiograma inferior a 0,35% (cinquenta por cento) e,
  - Que estejam otimizados todos os recursos terapêuticos aplicados à cardiopatia por um ano consecutivo e ininterrupto sem levar à melhora da condição clínica do segurado.
- h) **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- i) **Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- j) **Consumção:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- k) **Dados Antropométricos:** o peso e a altura do segurado.
- l) **Deambular:** ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- m) **Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- n) **Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- o) **Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- p) **Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- q) **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- r) **Doença em Fase Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do segurado, atestado este acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.
- s) **Doença Neoplásica Maligna Ativa:** crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- t) **Estados Conexos:** representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.
- u) **Etiologia:** causa de cada doença.

- v) **Fatores de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- w) **Hígido:** saudável.
- x) **Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- y) **Paciente Terminal:** considera-se “paciente terminal” os portadores de doenças para as quais foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresentem estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para os quais há expectativa de morte iminente, onde as medidas terapêuticas aplicáveis NÃO ensejarão em aumento de sobrevida do paciente, sendo caracterizado como tratamento meramente paliativo.
- z) **Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- aa) **Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- bb) **Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- cc) **Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- dd) **Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- ee) **Sequela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- ff) **Transferência Corporal:** capacidade do segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

#### 47. RISCOS COBERTOS

- 47.1. Para todos os efeitos desta cobertura é considerada **Perda da Existência Independente** do segurado a ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das suas Relações Autônomicas comprovadas na forma definida nos itens 47.3 e 47.4 desta cláusula. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados na Cláusula 54 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO desta condição especial.
- 47.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválido, para efeito desta cobertura, o segurado portador de doença em fase terminal atestada por médico legalmente habilitado.
- 47.3. Considera-se “Riscos Cobertos” a ocorrência, comprovada segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e aplicadas pela classe médica especializada, **de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:**
  - a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”, de acordo com a definição constante na alínea “g” do item 46.1 da Cláusula 46 – DEFINIÇÕES, desta cobertura;
  - b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
  - c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
  - d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
  - e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros do corpo humano, em grau máximo;
  - f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
  - g) Deficiência visual, decorrente de doença:
    - g.1) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
    - g.2) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
    - g.3) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
    - g.4) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;



- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
  - i.1) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
  - i.2) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
  - i.3) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

#### 47.4. Demais Riscos Cobertos:

- a) Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF (Anexo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis;
- b) O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos);
- c) O 1º (primeiro) Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas;
- d) Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas;
- e) Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados;
- f) O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas;
- g) Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

#### 47.5. Essa cobertura NÃO poderá ser contratada junto com à cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença – ILPD.

### 48. RISCOS EXCLUÍDOS

48.1. Além dos riscos expressamente excluídos na Cláusula 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também excluídos desta cobertura adicional, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionada a:

- a) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e/ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) A invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida como aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo segurado;
- c) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
- d) As doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo segurado, em qualquer tempo pregresso;
- e) A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;
- f) As doenças nas quais se documente alguma interação e/ou intercorrência relacionadas a traumatismos e/ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e/ou a posturas viciosas;
- g) Os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do segurado;
- h) Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos na Cláusula 47 – Riscos Cobertos.

### 49. CAPITAL SEGURADO

49.1. O capital segurado desta cobertura corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do evento, respeitado os limites fixados na apólice/certificado individual do seguro, que serão definidos conforme previsto na Cláusula 10 – CAPITAL SEGURADO das condições gerais.

## 50. DATA DO EVENTO

- 50.1. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da caracterização da Invalidez Funcional e Permanente Total por Doença, indicada no relatório médico de que trata a Cláusula 54 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO desta cobertura.
- 50.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será definida por médico que esteja assistindo o segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

## 51. INICIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

- 51.1. Esta cobertura começa a vigorar a partir do início de vigência do certificado individual do seguro, para todos os segurados que tiverem manifestado seu interesse na adesão individual ao seguro, por meio de preenchimento da proposta de adesão, e que tenham sido aceitos pela seguradora nos prazos indicados na Cláusula 8 – CONDIÇÃO DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL AO SEGURO, item 8.3 das condições gerais.

## 52. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 52.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 12 – PAGAMENTO DO PRÊMIO E INADIMPLÊNCIA, 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, das condições gerais, esta cobertura termina nas seguintes situações:
- Com o pagamento da indenização relativa a esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro;
  - Com o pagamento de indenização de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.
- 52.1.1. Os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente pelo índice previsto no item 16.3 da Cláusula 16 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS das condições gerais.

## 53. BENEFICIÁRIOS

- 53.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será o estipulante – EFPC – Entidade Fechada de Previdência Complementar, que ficará responsável em repassar a indenização em forma de renda ou pagamento integral ao próprio segurado ou seu representante legal, observado o disposto no item 9.2, da Cláusula 9 – BENEFICIÁRIOS, das condições gerais.

## 54. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 54.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada no relatório médico devidamente preenchido e assinado por médico que assistiu o segurado.
- 54.2. Do relatório médico deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido na Cláusula 47 – RISCOS COBERTOS, indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
- 54.3. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura, além da documentação descrita no item 20.3 da Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:
- Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o segurado, contendo o histórico do atendimento, o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e, as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;
  - Cópia dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível.
- 54.4. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionados a presente cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO, das condições gerais.

## 55. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

- 55.1. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE TRATA ESSA COBERTURA, DEVENDO SER COMPROVADA POR RELATÓRIO MÉDICO.

**55.2.** A Seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

## **56. RATIFICAÇÃO**

**56.1.** Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais deste seguro que não tenham sido modificadas por esta cobertura.

**ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF**

**DOCUMENTO 1 – TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS**

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
<b>RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO</b>	<b>1º Grau:</b> O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	<b>2º Grau:</b> O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	<b>3º Grau:</b> O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
<b>CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO</b>	<b>1º Grau:</b> O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	<b>2º Grau:</b> O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	<b>3º Grau:</b> O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20
<b>CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA</b>	<b>1º Grau:</b> O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	<b>2º Grau:</b> O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	<b>3º Grau:</b> O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

## DOCUMENTO 2 – TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40 (QUARENTA).	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 (DOIS) FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	08

**COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA DE PARTICIPANTE DE EFPC – ILPD****57. OBJETIVO DA COBERTURA**

- 57.1.** Esta cobertura, se contratada, mediante pagamento de prêmio adicional, garante ao(s) beneficiário(s) a antecipação do pagamento do capital segurado relativo a cobertura básica de Morte, caso seja caracterizada a invalidez laborativa permanente e total consequente de doença, comprovada através de relatório médico, para o exercício de sua atividade laborativa principal, sob critérios devidamente especificados na Cláusula 58 – RISCOS COBERTOS desta cobertura, ocorridos durante a vigência do Seguro, observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.
- 57.2.** Serão elegíveis todas as pessoas físicas que possuam carteira de trabalho assinada em conformidade com a CLT, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterruptos no último vínculo para um mesmo empregador, com uma jornada de trabalho mínima de 30 (trinta) horas semanais, respeitadas as previsões existentes na Cláusula 8 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL AO SEGURO, das condições gerais.

**58. RISCOS COBERTOS**

- 58.1.** Considera-se Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença do segurado aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.
- 58.1.1.** Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez, conforme item anterior.
- 58.2.** Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 58.3.** Considera-se Paciente Terminal os portadores de doenças para as quais foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresentem estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para os quais há expectativa de morte iminente, onde as medidas terapêuticas aplicáveis NÃO ensejarão em aumento de sobrevida do paciente, sendo caracterizado como tratamento meramente paliativo.
- 58.4.** A prova consistirá em relatório médico emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada. Este relatório deverá conter o histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.
- 58.5.** Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data indicada na “Declaração Médica”, como sendo a data a partir da qual a invalidez se apresentou caracterizada.
- 58.6. Não podem configurar como segurados, para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, conforme definido no item 58.2.**
- 58.6.1.** Se, nessas condições, houver a contratação, verificada a hipótese, a seguradora devolverá o(s) prêmio(s) recebido(s) por esta cobertura.
- 58.7. Essa cobertura NÃO poderá ser contratada junto com a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Antecipação – IFPD–A.**

**59. RISCOS EXCLUÍDOS**

- 59.1. Além dos riscos expressamente excluídos nas Cláusulas 2 – DEFINIÇÕES, subitem 2.1.2 e 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, estão também excluídos desta cobertura adicional, os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionada a:**
- a) Doenças preexistentes assim entendidas: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;**
  - b) Doenças agravadas por traumatismos;**
  - c) Invalidez que limite parcialmente a capacidade laborativa do segurado;**
  - d) Doenças de caráter mental, psicológico ou psiquiátrico;**
  - e) Incapacidade laborativa em decorrência de mudança de sexo ou esterilização;**
  - f) Não terão cobertura as doenças diagnosticadas no período de carência da cobertura.**

**60. CAPITAL SEGURADO**

- 60.1.** O capital segurado desta cobertura corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do evento coberto, respeitado os limites fixados na apólice/certificado individual do seguro, que serão definidos conforme previsto na Cláusula 10 – CAPITAL SEGURADO das condições gerais.

**61. DATA DO EVENTO**

- 61.1.** Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data de caracterização da invalidez indicada no relatório médico.

## 62. CARÊNCIA

62.1. Haverá carência de 180 (cento e oitenta) dias corridos, contado a partir da data de início de vigência do certificado individual de seguro ou da inclusão da cobertura adicional.

## 63. INÍCIO DE VIGÊNCIA DESTA COBERTURA

63.1. Esta cobertura começa a vigorar a partir do início de vigência do certificado individual do seguro, para todos os segurados que tiverem manifestado seu interesse na adesão individual ao seguro, por meio de preenchimento da proposta de adesão, e que tenham sido aceitos pela seguradora nos prazos indicados na Cláusula 8 – CONDIÇÃO DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL AO SEGURO, item 8.3 das condições gerais.

## 64. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

64.1. Além das situações previstas nas Cláusulas 12 – PAGAMENTO DO PRÊMIO E INADIMPLÊNCIA, 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 19 – CANCELAMENTO DA APÓLICE das condições gerais, esta cobertura termina nas seguintes situações:

- a) Com o pagamento da indenização relativa a esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente a cobertura integral do seguro;
- b) Com o pagamento de indenização de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro.

64.1.1. Os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente pelo índice previsto no item 16.3 da Cláusula 16 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS das condições gerais.

## 65. BENEFICIÁRIOS

65.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será o estipulante – EFPC – Entidade Fechada de Previdência Complementar, que ficará responsável em repassar a indenização em forma de renda ou pagamento integral ao próprio segurado ou seu representante legal, observado o disposto no item 9.2, da Cláusula 9 – BENEFICIÁRIOS, das condições gerais.

## 66. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

66.1. Para análise da caracterização da Invalidez Laborativa Total por Doença deverá ser apresentado Relatório Médico emitido por médico devidamente habilitado, acompanhada de exames que comprovem o quadro clínico que deu causa à invalidez.

66.2. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura, além da documentação descrita no item 20.3 da Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o segurado, contendo o histórico do atendimento, o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e, as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;
- b) Cópia dos documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível.

66.3. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionados a presente cobertura, bem como para pagamento de capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 20 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO, das condições gerais.

## 67. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

67.1. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMBLADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE TRATA ESSA COBERTURA, DEVENDO SER COMPROVADA POR RELATÓRIO MÉDICO.

67.2. A seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença os quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

## 68. RATIFICAÇÃO

68.1. Ratificam-se as disposições constantes das condições gerais deste seguro que não tenham sido modificadas por esta cobertura.

---

**SAC**

---

**0800 570 7042****Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 775 5045**

Atendimento 24 horas.

---

**OUVIDORIA**

---

**0800 775 2345****Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 962 7373**

Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h, exceto feriados. A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

---

**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.