

SEGURO DE VIDA EM GRUPO

Condições Gerais

Versão 4.0

CNPJ 54.484.753/0001-49

Processo SUSEP nº 15414.002083/2004-19

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS.....	3
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	3
2. DEFINIÇÕES	3
3. COBERTURAS DO SEGURO	6
4. MODALIDADES DO SEGURO	14
5. RISCOS EXCLUÍDOS.....	14
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS	16
7. CARÊNCIA.....	16
8. ACEITAÇÃO DO SEGURO	16
9. BENEFICIÁRIO	17
10. CAPITAL SEGURADO	18
11. CUSTEIO DO SEGURO	19
12. REGIME FINANCEIRO	19
13. PAGAMENTO DE PRÊMIO	19
14. TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO.....	20
15. REAVALIAÇÃO DE TAXAS.....	21
16. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	21
17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	21
18. INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO	21
19. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	22
20. ANÁLISE PERIÓDICA DO PERFIL DO SEGURADO.....	22
21. PERDA DE DIREITOS	22
22. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	23
23. CANCELAMENTO DA APÓLICE	23
24. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	24
25. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS	26
26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	27
27. PROPAGANDA E PUBLICIDADE.....	27
28. PRESCRIÇÃO.....	28
29. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.....	28
30. SOLUÇÃO DE CONFLITOS.....	28
SAC	29
OUVIDORIA	29

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 próprio segurado ou seu(s) beneficiário(s), conforme indicado na proposta de adesão, respeitadas as condições contratuais em vigor na data de ocorrência do evento coberto, as coberturas e os limites de capitais segurados contratados, **observados os riscos expressamente excluídos.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Pessoal:** O evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente total ou parcial do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:
- a) Incluem-se neste conceito:
- a.1) O suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação (ou do aumento do capital segurado, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
 - a.2) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
 - a.3) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
 - a.4) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
 - a.5) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.
- b) Excluem-se desse conceito:
- b.1) As doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
 - b.2) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - b.3) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
 - b.4) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido neste item.
- 2.2. **Aditivo:** equivalente ao endosso, é o termo utilizado para definir instrumento do contrato de seguro utilizado para proceder as alterações na apólice.
- 2.3. **Agravação do Risco:** Considera-se agravação de risco, toda e qualquer alteração que possa alterar o risco coberto pela Seguradora, como por exemplo, mudanças de hábitos, prática de esportes, mudança de residência ou local de trabalho, profissão ou função desempenhada, alterações nas informações prestadas na Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, quando da contratação do Seguro, etc.
- 2.4. **Apólice:** É o documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.
- 2.5. **Arbitragem:** A arbitragem é um meio alternativo de solução de conflitos no qual as partes buscam uma solução rápida e definitiva para uma divergência, sem recorrer ao Poder Judiciário, submetendo-se à decisão do Juízo Arbitral.
- 2.6. **Ato Médico: Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.**
- 2.7. **Aviso de Sinistro:** comunicação específica de um sinistro com a finalidade de dar conhecimento imediato à Seguradora da ocorrência de evento passível de cobertura.
- 2.8. **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

- 2.9. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber o(s) valor(es) do(s) capital(is) segurado(s), respeita(s) a(s) cobertura(s) contratada(s), na hipótese de ocorrência de evento coberto.
- 2.10. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento, a ser pago pela Seguradora ao beneficiário ou ao próprio segurado, conforme o caso.
- 2.11. **Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito ao(s) capital(is) segurado(s) contratado(s), no caso de ocorrência de evento coberto.
Não haverá carência para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, ressalvada a hipótese de suicídio (desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação ou de sua recondução, depois de suspenso), prevista no item 7 destas Condições Gerais.
- 2.12. **Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
- 2.13. **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.
- 2.14. **Cláusula Compromissória:** É a convenção através da qual as partes em um contrato comprometem-se a submeter à arbitragem os conflitos que possam vir a surgir. A Cláusula Compromissória será estipulada por escrito e em documento anexo à Proposta de Adesão.
- 2.15. **Coberturas de Risco:** Garantia do seguro de pessoas conferida pelo contrato de seguro, a evento incerto que independe da vontade das partes contratantes, cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data predeterminada
- 2.16. **Comoriência:** é a presunção de morte simultânea, quando do falecimento de 2 (dois) ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.
- 2.17. **Companheira(o):** é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos no contrato de seguro.
- 2.18. **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, no caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.19. **Condições Especiais:** conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de cobertura de um plano de seguro que, eventualmente, alteram as condições gerais.
- 2.20. **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e do estipulante.
- 2.21. **Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da Seguradora, do segurado e do beneficiário.
- 2.22. **Corretor:** é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre a seguradora e pessoas físicas ou jurídicas. **O corretor de seguros responde civilmente perante os estipulantes, segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.**
- 2.23. **Custeio:** Responsabilidade de pagamento do prêmio do seguro. O custeio será contributivo, ou seja, aquele em que os Segurados efetuam o pagamento do prêmio integralmente.
- 2.24. **Dano Estético:** Subespécie de dano corporal que se caracteriza pela redução ou eliminação de padrão de beleza, mas sem a ocorrência de sequelas que interfiram no funcionamento do organismo.
- 2.25. **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 sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.
- 2.26. **Doença do Trabalho:** Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).
- 2.27. **Doenças e Lesões Preexistentes e suas Consequências:** São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado em data anterior à contratação do seguro, de seu conhecimento, não declarada na adesão ao seguro, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou pela existência de sinais, sintomas e

quaisquer alterações do seu estado de saúde. A omissão dessas doenças ou lesões, por ocasião da contratação do seguro, poderá ensejar a perda de direito ao seguro.

- 2.28. **Endosso:** Documento, emitido pela Seguradora, pelo qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice ou no certificado individual.
- 2.29. **Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulamentação em vigor, sendo identificada como estipulante-averbador por não participar do custeio do plano.
- 2.30. **Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de enquadramento nas coberturas previstas na apólice.
- 2.31. **Foro:** âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do contrato de seguro.
- 2.32. **Grupo Segurado:** a totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.33. **Grupo Segurável:** a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.34. **Impotência Funcional:** É a alteração de função orgânica ou de partes do organismo que gera diminuição da capacidade física ou intelectual ao indivíduo.
- 2.35. **Indenização:** É o valor a ser pago ao beneficiário ou segurado pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada vigente na data da ocorrência do sinistro, respeitando-se os riscos excluídos da apólice contratada.
- 2.36. **Início de Vigência:** a data a partir da qual as coberturas de risco descritas na apólice serão garantidas pela seguradora.
- 2.37. **Início de Vigência da Cobertura Individual:** É a data a partir da qual a seguradora assume a cobertura dos eventos previstos nestas condições gerais para cada segurado.
- 2.38. **Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente ou segurado.
- 2.39. **Médico Assistente:** profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do segurado. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**
- 2.40. **Nota Técnica Atuarial:** É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.41. **Parâmetros Técnicos:** a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.
- 2.42. **Período de Cobertura:** Prazo de duração durante o qual o segurado ou o(s) beneficiário(s), quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados, em caso de ocorrência de evento coberto.
- 2.43. **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
a) **Prêmio Anual:** quando o prêmio for referente a 12 (doze) meses de cobertura individual.
b) **Prêmio Mensal:** quando o prêmio for pago mensalmente durante toda a vigência da cobertura individual.
- 2.44. **Prêmio Comercial:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos.
- 2.45. **Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos.
- 2.46. **Proponente:** o interessado em contratar a(s) cobertura(s) ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.47. **Proposta de Adesão:** É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que a pessoa física expressa a intenção de contratar o seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.
- 2.48. **Proposta de Contratação:** documento assinado pelo Estipulante contendo as coberturas do plano de seguro, no qual o Estipulante expressa intenção de contratação do seguro coletivo, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.49. **Redução Funcional:** É a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos, membros ou de partes do organismo.
- 2.50. **Regime Financeiro de Repartição Simples:** A estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

- 2.51. **Regulação de Sinistro:** É o exame das causas e circunstâncias do evento reclamado a fim de se caracterizar o risco ocorrido e avaliar sobre a sua cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 2.52. **Reintegração:** É o restabelecimento do capital segurado após a ocorrência de um sinistro coberto.
- 2.53. **Ressegurador:** É a pessoa jurídica que compartilha com a Seguradora as responsabilidades deste seguro.
- 2.54. **Resseguro:** Operação, pela qual, a Seguradora cede ao Ressegurador, uma parte da responsabilidade referente ao Prêmio recebido.
- 2.55. **Riscos Excluídos:** são os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro contratado.
- 2.56. **Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.57. **Seguradora:** empresa devidamente constituída e legalmente autorizada para comercializar seguros, que se responsabiliza pela(s) cobertura(s), mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nestas condições contratuais.
- 2.58. **Seguro Pessoa Chave (Key man):** Modalidade de seguro de negócios, onde a empresa contrata um seguro de vida contra a perda de um sócio ou executivo e o custo de sua substituição, visando assim reduzir impactos financeiros para a pessoa jurídica e preservar sua continuidade.
- 2.59. **Seguro Reposição de Renda:** Modalidade de seguro onde o proponente contrata uma apólice de seguro de vida, para sua proteção e de sua família.
- 2.60. **Sinistro:** ocorrência de evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.
- 2.61. **Vigência da Apólice:** É o período no qual a Apólice Coletiva de Seguro está em vigor.
- 2.62. **Vigência da Cobertura Individual:** É o período em que, respeitada a apólice em vigor, o Segurado tem direito à(s) cobertura(s) do seguro, desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. Cobertura Básica:

3.1.1. **Morte:** Garante ao beneficiário o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado **contratado no caso de morte natural ou acidental do segurado, observadas as condições contratuais, desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**

3.1.1.1. **A contratação dessa cobertura é obrigatória e poderá ser contratada isoladamente.**

3.2. Coberturas Adicionais:

3.2.1. **Morte Acidental (MA):** Garante ao beneficiário o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a cobertura de Morte, no caso de **morte do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto, observadas as condições contratuais, desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**

3.2.1.1. **Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.**

3.2.1.2. Caso seja devido o pagamento do Capital Segurado de Morte Acidental, este será acumulado ao Capital Segurado para a Cobertura de Morte.

3.2.2. **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** Garante o pagamento de indenização ao próprio segurado **referente à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal coberto, calculada conforme TABELA PARA O CÁLCULO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE,** constante no item 3.2.2.4 destas condições gerais, **limitado ao valor correspondente a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a cobertura de Morte, observadas as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

3.2.2.1. **Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.**

3.2.2.2. **Para fins deste seguro, considera-se Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade e determine a perda total ou parcial do uso de um membro ou órgão.**

3.2.2.3. Após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de Invalidez Permanente, **AVALIADA QUANDO DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA,** a Seguradora pagará ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização, de acordo com a **TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE,** descrita no item 3.2.2.4 destas condições gerais.

- a) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à porcentagem prevista na tabela para a sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da porcentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização proporcional será calculada, respectivamente, na base das porcentagens de 75% (SETENTA E CINCO POR CENTO), 50% (CINQUENTA POR CENTO) e 25% (VINTE E CINCO POR CENTO);
- b) Em todos os casos de Invalidez Permanente Parcial não especificados na citada tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão;
- c) Quando de um mesmo acidente resultar a invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para esta. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total;
- d) A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente;
- e) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

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

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

Invalidez Permanente por Acidente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado da cobertura
Total	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Parcial (Diversas)	Perda total da visão de um olho quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Mudez incurável	50
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Parcial (Membros Superiores)	Perda Total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda Total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos Médios	12
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo		

Invalidez Permanente por Acidente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado da cobertura
Parcial (Membros Inferiores)	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 05 (cinco) centímetros ou mais	15
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 04 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 03 (três) centímetros	06
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 03 (três) centímetros	sem indenização
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.		
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela		
Diversas	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com fístulas	25
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Unilateral	7
	Lesões da pálpebra	
	Entrópio bilateral	14
	Ptose palpebral bilateral	10
	Entrópio unilateral	7
	Ectrópio bilateral	6
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ectrópio unilateral	3
	Má oclusão palpebral unilateral	3

Invalidez Permanente por Acidente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado da cobertura
Diversas (Cont.)	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda de dois ovários	15
	Perda de dois testículos	15
	Perda do útero depois da menopausa	10
	Perda de um ovário	05
	Perda de um testículo	05
	APARELHO URINÁRIO	
	Perda de rim único	75
	Perda de um rim, com rim remanescente:	
	– Redução da função renal (dialítica)	75
	– Redução da função renal (não dialítica)	50
	– Com função preservada	30
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
	– Em grau máximo	20
	– Em grau médio	10
	– Em grau mínimo	05
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Perda total do olfato	7
	PESCOÇO	
	Traqueostomia definitiva	40
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15	
SISTEMA AUDITIVO		
Amputação total das duas orelhas	16	
Amputação total de uma orelha	8	

Invalidez Permanente por Acidente	Discriminação	% sobre o Capital Segurado da cobertura
Diversas (Cont.)	TÓRAX	
	Aparelho Respiratório	
	Receção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
	- Com insuficiência respiratória	75
	- Com redução em grau médio da função respiratória	50
	- Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	- Com função respiratória preservada	15
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Mamas (femininas)	
	Mastectomia bilateral	20
	Mastectomia unilateral	10
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia Total	40
	Gastrectomia subtotal	20
	Perda do Baço	15
	Fígado	
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Intestino delgado	
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	Ressecção parcial	20
	Intestino grosso	
	Colostomia definitiva	40
	Colectomia total	40
	Colectomia parcial	20
	Reto e ânus	
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Retenção anal	10
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	Epilepsia pós-traumática	20
	Síndrome pós-concussional	05
HÉRNIAS		
Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40	
Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	20	
Hérnia de Disco Cervical	20	
Hérnia Incisional	20	
Hérnia de Hiato	10	
Hérnia Epigástrica	10	
Hérnia Inguinal ou Inguino Escrotal	10	
Hérnia Umbilical	10	

3.2.2.5. As Indenizações pelas Coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPA, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização relativa à Morte, deduzindo o valor já pago pela IPA.

3.2.2.6. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), o segurado será automaticamente excluído da apólice.

3.2.3. Decessos: Garante a prestação do serviço ou o reembolso dos gastos com o sepultamento ou a cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado), **até o limite do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de falecimento do segurado, observadas as condições contratuais, desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**

3.2.3.1. Essa cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

3.2.3.2. Os serviços especificados neste item 3.2.3 poderão ser contratados nos padrões Individual ou Familiar.

a) Individual: Fica coberto somente o segurado titular;

b) Familiar: Ficam cobertos o segurado principal e seus dependentes cônjuge/companheiro(a) e/ou filho(a) ou enteado(a), até 21 anos de idade ou em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho e se estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, até 24 anos de idade. No plano familiar, esta cobertura é extensiva aos natimortos, quando houver a realização do funeral.

3.2.3.3. O beneficiário poderá optar pelo reembolso dos valores efetivamente gastos OU pela prestação do serviço de sepultamento e/ou cremação, por meio de rede credenciada à seguradora, respeitados os limites e critérios estabelecidos no certificado individual.

3.2.3.4. Caso o beneficiário opte pelo reembolso:

a) Será garantida a livre escolha do prestador de serviço;

b) O reembolso dos gastos suportados será efetuado até o limite do capital segurado contratado, observados os valores efetivamente gastos, mediante comprovação por notas fiscais originais, sem rasuras.

3.2.3.5. Caso o beneficiário opte pela prestação de serviços:

a) Não caberá qualquer tipo de reembolso;

b) A seguradora providenciará os serviços funerários e os custos serão pagos diretamente à funerária do município, limitados ao capital segurado contratado;

c) Quando optado pela prestação de serviço, o funeral será realizado por empresa terceirizada;

d) Deverá ser acionada a seguradora por telefone para comunicar o óbito e solicitar os serviços funerários e de assistência. A seguradora enviará um representante que:

d.1)Em caso de falecimento e sepultamento dentro do município de moradia habitual no Brasil:

i. Irá se dirigir à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento à funerária do município;

ii. Irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e

iii. Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação, informando à respeito das providências tomadas.

d.2)Em caso de falecimento no município de moradia habitual do segurado no Brasil com sepultamento fora de moradia habitual no Brasil:

i. Irá se dirigir à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento à funerária do município. **Neste caso, as despesas com traslado e documentação serão de responsabilidade da família, que deverá tomar todas as providências com relação ao sepultamento em outro município;**

ii. Irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e

iii. Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação, informando à respeito das providências tomadas.

d.3) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual do segurado no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil:

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

d.4) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual do segurado no Brasil e sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:

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

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

f) **O valor total da prestação de serviço será limitado ao valor do capital segurado contratado.**

g) A prestação do serviço não caracteriza direito as demais coberturas contratadas pelo segurado. O direito às coberturas previstas no seguro se dará conforme as condições contratuais.

3.2.3.6. Se, em caso de força maior ou de circunstâncias alheias à seguradora, for impossível a prestação do serviço de sepultamento ou cremação, a seguradora ficará obrigada ao reembolso da cobertura, limitado ao capital segurado e aos valores efetivamente gastos.

3.2.3.7. A família deverá fornecer à seguradora ou lhe facilitar o acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias do sinistro. O não cumprimento desta obrigação poderá dar lugar à perda do direito à cobertura.

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

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

3.2.3.9. Todos os itens descritos no item anterior serão disponibilizados conforme infraestrutura local. Não caberá a Seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou não sejam comercializados em determinadas praças.

3.2.3.10. Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente.

3.2.3.11. Cremação: Cremação do corpo, **desde que o município de moradia habitual do segurado possua este serviço**, sendo realizado o traslado previsto no item 3.2.3.13, do local do óbito até o local da cremação **no município de moradia habitual do segurado.**

3.2.3.12. Sepultamento: Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada por esta. Não havendo jazigo da família será alugado jazigo pelo período de até 3 (três) anos em

cemitério público, conforme legislação local. E quando não for possível o aluguel em cemitério público, será alugado em cemitério particular, no qual exista acordo com prefeitura local, respeitado o valor do capital segurado contratado.

3.2.3.13. Traslado: traslado do local onde ocorreu o óbito até o local de moradia habitual do segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.

a) O traslado do corpo para a realização do funeral ou cremação em outro município será realizado até o limite de Capital Segurado contratado. Caso o beneficiário tenha optado pela prestação do serviço, em vez do reembolso das despesas, o traslado será realizado até o município desejado, **desde que não ultrapasse a distância entre o município onde ocorreu o óbito e o município de moradia habitual do segurado.**

b) Caso a família opte pela realização do funeral ou cremação fora do limite descrito no item a, **deverá assumir integralmente a responsabilidade pela diferença do pagamento das despesas.**

3.2.3.14. A SEGURADORA FICARÁ ISENTA DA RESPONSABILIDADE DE PRESTAR O SERVIÇO, CASO HAJA RECUSA DA FAMÍLIA EM EFETUAR O PAGAMENTO DE(S) VALOR(ES) EXCEDENTE(S).

3.2.3.15. A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAREM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO ESSES DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.

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

3.2.3.17. A prestação do serviço não caracteriza direito as demais coberturas contratadas pelo segurado. O direito às coberturas previstas no seguro se dará conforme as condições contratuais.

4. MODALIDADES DO SEGURO

4.1. O segurado poderá optar por contratar uma das seguintes modalidades de seguro:

4.1.1. **Reposição de Renda:** garante o pagamento de indenização ao próprio segurado ou seu(s) beneficiário(s), caso ocorra algum dos riscos nele previstos, os quais foram contratados e indicados na proposta de adesão, de acordo com as condições contratuais e **desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**

4.1.2. **Pessoa Chave (Key Man):** garante o pagamento de indenização à empresa, em caso de falecimento do sócio ou executivo indicado na proposta de adesão de acordo com as condições contratuais e **desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:**

A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;

B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES; EXCETO SE DECORRENTE DE UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;

C) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUE A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E QUE NÃO FOI(RAM) DECLARADA(S) PELO SEGURADO NA PROPOSTA DE ADESÃO;

D) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL OU DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO, CUJA EXCLUSÃO SERÁ APLICADA SOMENTE EM RELAÇÃO AO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO;

- E) PERDAS E DANOS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;
 - F) DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOA JURÍDICA, INCLUEM-SE OS DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES E/OU SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;
 - G) PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E BRIGAS, ATENTADOS OU RIXAS (EXCETO NOS CASOS DE LEGÍTIMA DEFESA OU ESTADO DE NECESSIDADE OU AINDA ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO E DUELOS);
 - H) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR AUXÍLIO A OUTREM;
 - I) DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE PELO PRÓPRIO SEGURADO;
 - J) OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE INUNDAÇÕES, FURACÕES, CICLONES, TEMPESTADES, TERREMOTOS, MOVIMENTOS SÍSMICOS OU MOVIMENTOS DE TERRA EM GERAL, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS, QUALQUER OUTRO FENÔMENO ATMOSFÉRICO, METEOROLÓGICO, SÍSMICO, GEOLÓGICOS DE CARÁTER EXTRAORDINÁRIO E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
 - K) PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS E/OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO DEVIDAMENTE HABILITADO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO, DESDE QUE SEJA DEMONSTRADO SEU NEXO CAUSAL;
 - L) EPIDEMIAS E PANDEMIAS DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA, DENGUE, MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;
 - M) CONDUÇÃO DE VEÍCULOS SEM A ADEQUADA HABILITAÇÃO;
 - N) COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS;
 - O) DE VIAGENS EM AERONAVES E EMBARCAÇÕES:
 - i. QUE NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO, EM VIGOR;
 - ii. DIRIGIDOS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS;
 - iii. OFICIAIS OU MILITARES QUE NÃO SE DESTINEM AO TRANSPORTE DE PASSAGEIROS OU AUTORIDADES.
- 5.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO ITEM 5.1, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:
- A) DOENÇAS PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO, EXCETO INVALIDEZ PERMANENTE;
 - B) DOENÇAS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS E A CARACTERIZADA COMO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC), 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;
 - C) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS POR ACIDENTE COBERTO, BEM COMO DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETO;
 - D) INTERCORRÊNCIAS E COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS OU POR EQUIPAMENTOS, QUANDO TAIS PROCEDIMENTOS NÃO FOREM RESULTANTES DE ACIDENTES COBERTOS;
 - E) ACIDENTES MÉDICOS;
 - F) PERTURBAÇÕES MENTAIS, NERVOSAS E EMOCIONAIS; E
 - G) ENVENENAMENTO POR ABSORÇÃO DE SUBSTÂNCIA TÓXICA, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES.

- 5.3. **ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NOS SUBITENS 5.1 E 5.2, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA) OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:**
- A) AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: DORT – DOENÇAS OCUPACIONAIS RELACIONADAS AO TRABALHO, INCLUSIVE A LER – LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS, PROBLEMAS AUDITIVOS E OUTROS;
 - B) PERDA DE DENTES E DANOS ESTÉTICOS; E
 - C) OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE QUALQUER PERDA, REDUÇÃO, IMPOTÊNCIA PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO CUJA LESÃO E/OU QUANDO O ACIDENTE TIVER OCORRIDO EM DATAS ANTERIORES À DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO.
- 5.4. **ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO ITEM 5.1, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE DECESSOS OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:**
- A) DESPESAS NÃO PREVISTAS NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS E/OU SUPERIORES AOS LIMITES CONTRATADOS;
 - B) CREMAÇÃO PARA OS SEGURADOS QUE TENHAM MORADIA HABITUAL EM MUNICÍPIOS QUE NÃO DISPONHAM DESSE SERVIÇO;
 - C) SEPULTAMENTO DE MEMBROS;
 - D) DESPESAS COM COMPRA DE JAZIGO;
 - E) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

- 6.1. O âmbito territorial das coberturas é o globo terrestre.
- 6.2. A cobertura de Decessos deste seguro, quando contratada, abrange a morte do segurado em qualquer parte do globo terrestre, sendo o serviço de sepultamento ou cremação restrito ao território brasileiro, porém com a prestação de serviço de traslado de qualquer parte do mundo até o município de moradia habitual do segurado no Brasil.

7. CARÊNCIA

- 7.1. Haverá carência de 2 (dois) anos ininterruptos para a tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.
- 7.2. O prazo de carência será contado a partir da data de início de vigência da cobertura, do aumento do capital segurado ou da sua recondução depois de suspenso.
- 7.3. Não haverá carência para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, ressalvada a hipótese prevista no item 7.1.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 8.1. **A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE SE FORMALIZARÁ ATRAVÉS DA ASSINATURA DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO PELO ESTIPULANTE E PELO CORRETOR, CONTENDO AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.**
- 8.2. Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente, pessoa física, que esteja, na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em perfeitas condições de saúde e **com idade compreendida entre 18 (dezoito) anos e 70 (setenta) anos.**
- 8.3. **A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.**
- 8.4. **A adesão ao seguro se formalizará pelo preenchimento da proposta de adesão individual com Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, devidamente assinada pelo proponente, seu representante legal ou pelo corretor de seguros e da respectiva aceitação pela seguradora, que tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo da proposta na seguradora para aceitação ou recusa do risco.**
- 8.5. Para contratação da modalidade Pessoa Chave (Key Man) será necessário o envio:
- a) Do contrato social da empresa;
 - b) Dos três últimos balanços da empresa;
 - c) De carta da empresa, assinada por um diretor, justificando financeiramente qual será a perda para a pessoa jurídica em caso de falecimento do segurado e porque o executivo é considerado pessoa chave;
 - d) De declaração dos herdeiros legais, com fé pública, dando ciência da contratação do seguro e concordando com a modalidade Pessoa Chave (Key Man);
 - e) O segurado (sócio ou executivo) deverá declarar a empresa como beneficiária do seguro.

- 8.6. O prazo de 15 (quinze) dias será suspenso quando a seguradora verificar que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes e solicitar a apresentação de novos documentos ou de exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias voltará a correr à zero hora do dia seguinte em que ocorrer o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado.**
- 8.6.1.** Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento solicitado.
- 8.6.2.** Nos casos em que a aceitação da Proposta de Adesão dependa da aprovação do Ressegurador, o prazo de 15 (quinze) dias será suspenso e voltará a contar a partir da data em que o Ressegurador se manifestar formalmente.
- 8.7. A recusa do risco será comunicada, pela Seguradora ao proponente por escrito, devidamente justificada.**
- 8.8.** A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito no prazo de 15 (quinze) dias, respeitadas as condições de suspensão, caracterizará a aceitação automática da proposta.
- 8.9. Na proposta de adesão deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à Seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro. A constatação de omissões, de declarações inexatas ou de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ensejará a perda do direito à cobertura, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora terá o direito, a seu critério, de resolver o contrato ou a cobrar a diferença do prêmio, mesmo após o sinistro, observado o disposto no artigo 766 do Código Civil.**
- 8.10. O pagamento antecipado do prêmio do seguro, total ou parcial, não caracteriza a aceitação da Proposta de Adesão.**
- 8.11. Durante a avaliação do risco, respeitados os itens 8.4 e 8.6, a partir do recebimento da proposta pela Seguradora, com todos os documentos necessários para análise dos riscos e o pagamento do prêmio antecipado, terá início a cobertura condicional, conforme definição no item 8.12.**
- 8.12. Considera-se cobertura condicional, para efeito deste item, aquela em que a Seguradora dará cobertura ao proponente, durante a análise da proposta, a contar da data do recebimento da proposta de adesão com antecipação do prêmio e vigorará até a data da aceitação da proposta ou formalização da recusa, o que ocorrer primeiro, desde que o proponente esteja em perfeitas condições de saúde, ou ainda, por qualquer motivo não represente risco agravado para a Seguradora.**
- 8.13. No caso de recusa da proposta em que já tenha havido pagamento do prêmio à Seguradora, os valores pagos, líquidos de IOF, serão devolvidos deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos após a formalização da recusa.**
- 8.14. O PRÊMIO, A QUE SE REFERE O ITEM 8.13 SERÁ ATUALIZADO IGP-M/FGV (ÍNDICE GERAL DE PREÇOS DE MERCADO DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS), COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 8.14.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 8.14, o índice a ser utilizado será o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao consumidor amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.**
- 8.15. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 8.14, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO, DE 12% (DOZE POR CENTO) AO ANO “PRO-RATA-TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO E MULTA DE 2% A SER PAGA DE UMA SÓ VEZ.**
- 8.16. É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO ATRAVÉS DE PROCURAÇÃO.**
- 8.17. A aceitação do seguro implicará na emissão, pela Seguradora, de Certificado Individual, que será entregue ao Segurado.**

9. BENEFICIÁRIO

- 9.1.** No caso da ocorrência do evento morte do segurado, a(s) indenização(ões) correspondente à(s) cobertura(s) contratada(s), será(ão) paga(s) de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado. Na falta de indicação expressa de beneficiários, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita sem que haja outro beneficiário indicado, serão beneficiários aqueles designados por lei, devendo ser aplicado o disposto

no artigo 792 do Código Civil, ou seja, metade ao cônjuge e o restante aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária.

- 9.2. **Para efeitos deste seguro, a(o) companheira(o) será equiparado ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o segurado era solteiro ou separado de fato.**
- 9.3. **Em caso de falecimento do único Beneficiário indicado no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência), e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, o capital segurado será pago aos Beneficiários legais do segurado, conforme item 9.1.**
- 9.4. **Em caso de óbito de um dos beneficiários indicados no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com distribuição do capital segurado destinado ao beneficiário pré-morto entre os demais beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida para cada um, de forma a preservar sua manifestação de vontade.**
 - 9.4.1. **Em caso de falecimento simultâneo do segurado com um dos beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (comoriência), serão aplicadas as mesmas regras dos itens 9.3 e 9.4, considerando que o beneficiário comoriente não adquire direito ao capital segurado.**
- 9.5. **EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A(S) PARTE(S) DA INDENIZAÇÃO QUE CABERIA(M) A ESTE(S) SERÁ(ÃO) PAGA(S) AOS DEMAIS BENEFICIÁRIOS INDICADOS, EM PARTES PROPORCIONAIS, RESPEITADO O PERCENTUAL ORIGINALMENTE DEFINIDO PELO SEGURADO E, NA FALTA DE OUTROS BENEFICIÁRIOS, SERÁ PAGO CONFORME ESTABELECIDO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL.**
- 9.6. **Todo segurado tem o direito de indicar na respectiva proposta de adesão, o beneficiário do seguro.**
- 9.7. **SE O SEGURADO NÃO RENUNCIAR À FACULDADE, PODERÁ A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O BENEFICIÁRIO POR ATO ENTRE VIVOS OU DE ÚLTIMA VONTADE, MEDIANTE ENCAMINHAMENTO DO FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS E BENEFICIÁRIOS, NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS E DEVIDAMENTE ASSINADO.**
 - 9.7.1. **QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE NO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL SUBSEQUENTE À DATA DE PROTOCOLO NA SEGURADORA DA CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO.**
- 9.8. **EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO, A SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME A INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.**
- 9.9. **No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), o beneficiário será o próprio segurado, ainda que assistido ou representado.**

10. CAPITAL SEGURADO

- 10.1. **Entende-se por capital segurado o valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto, respeitados os limites estabelecidos para cada cobertura contratada.**
- 10.2. **Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:**
 - a) **Para as coberturas de acidentes pessoais:** a data do acidente;
 - b) **Para as demais coberturas de risco:** a data de ocorrência do evento coberto.
- 10.3. **O segurado poderá solicitar o aumento do(s) capital(is) segurado(s) em qualquer época, mediante solicitação por escrito, observando-se o limite máximo de capital segurado individual vigente. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para análise, considerando-se as determinações previstas no item 8.4. **Se aceito(s) pela Seguradora, a validade do(s) novo(s) capital(is) segurado(s) ficará condicionada ao pagamento da diferença de prêmio cabível e seu início de vigência acompanhará o início de vigência do novo prêmio. Por ocasião do aumento poderá ser solicitado o preenchimento de uma nova Declaração Pessoal de Saúde e Atividade e iniciará novos períodos de carência, conforme prazos descritos no item 7 – CARÊNCIA para o(s) valor(es) aumentado(s).****
- 10.4. **Para o aumento do(s) capital(is) segurado(s), o segurado deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao pedido de aumento do(s) capital(is) segurado(s) e não informadas na nova Declaração Pessoal de**

Saúde e Atividade, o pagamento da indenização será efetuado com base no(s) valor(es) anterior(es) ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios.

10.5. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura adicional de INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE é automática após cada acidente.

10.6. Todos os valores são expressos em moeda corrente nacional.

11. CUSTEIO DO SEGURO

11.1. O custeio do prêmio do seguro será **CONTRIBUTÁRIO**, ou seja, o prêmio será integralmente pago pelo segurado.

12. REGIME FINANCEIRO

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

12.2. No Regime Financeiro de Repartição Simples, os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada segurado para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro.

13. PAGAMENTO DE PRÊMIO

13.1. O valor do prêmio inicial será determinado na contratação do seguro em função da idade do segurado, das coberturas contratadas, do(s) respectivo(s) capital(is) segurado(s) e da periodicidade de pagamento do prêmio definidos na proposta de adesão.

13.2. NA RENOVAÇÃO ANUAL DA COBERTURA INDIVIDUAL E SEM PREJUÍZO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA PREVISTA NO ITEM 17, O VALOR DO PRÊMIO SERÁ REAJUSTADO EM FUNÇÃO DO REENQUADRAMENTO DE TAXAS POR MUDANÇA DE IDADE DO SEGURADO, CONFORME TABELA DESCRITA NO ITEM 14.

13.3. Para garantir o seu direito à cobertura, o segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio de seguro, conforme forma e periodicidade estipuladas, até a data de seu vencimento.

13.4. A forma de pagamento do seguro poderá ser por débito em conta corrente nos bancos credenciados da seguradora, ficha de compensação ou carnê a favor de terceiros, conforme determinado na Proposta de Adesão ou solicitado pelo segurado, mediante contato com a Central de Atendimento e, quando se tratar de opção por débito em conta corrente, mediante preenchimento de autorização, devidamente assinada.

13.5. Quando o segurado optar pelo pagamento em débito em conta corrente, a suspensão de autorização de débito caracterizará a inadimplência do segurado, sendo aplicado o disposto nos itens 18 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 19 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

13.6. A periodicidade de pagamento do prêmio poderá ser: Mensal ou Anual. A opção de periodicidade será determinada na Proposta de Adesão ou solicitada pelo segurado.

13.7. Fica facultado à Seguradora, mediante comunicação prévia ao Segurado, alterar a periodicidade de pagamento indicada na proposta de adesão, caso o prêmio não atinja o valor mínimo estabelecido para o plano de seguro.

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

13.9. Em caso de atraso no pagamento do prêmio será observado o disposto nos itens 18 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 19 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

13.10. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo de tolerância para pagamento do prêmio, conforme descrito no item 18 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado se for realizado dentro do prazo.

13.11. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação de taxas do seguro, conforme previsto no item 15 – REAVALIAÇÃO DE TAXAS destas Condições Gerais.

13.12. NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NOS ITENS 18, 19, 21, 22 E 23.

13.13. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio serão pagos por quem a legislação determinar, não podendo haver estipulação expressa.

14. TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO

14.1. O reenquadramento de taxas por mudança de idade do segurado a ser aplicado na renovação anual da cobertura individual para reajuste do prêmio, sem prejuízo da atualização monetária prevista no item 17, respeitará a tabela a seguir:

Idade	Cobertura Morte: Variação Máxima % da taxa em relação à idade anterior.		Idade	Cobertura Morte: Variação Máxima % da taxa em relação à idade anterior.		Idade	Cobertura Morte: Variação Máxima % da taxa em relação à idade anterior.	
	Homem	Mulher		Homem	Mulher		Homem	Mulher
18	—	—	46	12,08%	10,61%	74	10,23%	14,13%
19	4,26%	6,42%	47	11,90%	10,72%	75	10,25%	13,75%
20	4,08%	5,53%	48	10,96%	10,48%	76	10,21%	13,31%
21	3,92%	6,19%	49	10,48%	10,14%	77	10,25%	12,83%
22	3,77%	5,83%	50	10,03%	9,45%	78	10,24%	12,35%
23	3,64%	5,93%	51	9,11%	8,85%	79	10,24%	11,87%
24	5,26%	6,00%	52	8,58%	8,68%	80	10,18%	11,41%
25	3,33%	6,04%	53	8,11%	8,78%	81	10,10%	10,97%
26	4,84%	6,05%	54	7,50%	9,21%	82	10,02%	10,57%
27	4,62%	5,70%	55	7,16%	9,76%	83	9,89%	10,21%
28	2,94%	6,35%	56	7,01%	10,31%	84	9,64%	9,88%
29	4,29%	6,27%	57	6,71%	10,73%	85	9,32%	9,58%
30	4,11%	6,74%	58	6,58%	10,93%	86	8,94%	9,51%
31	3,95%	6,32%	59	6,72%	11,01%	87	8,54%	9,53%
32	2,53%	6,68%	60	7,20%	10,98%	88	8,12%	9,62%
33	3,70%	6,73%	61	7,67%	10,89%	89	7,80%	10,25%
34	4,76%	6,96%	62	8,46%	10,79%	90	7,58%	10,26%
35	4,55%	7,52%	63	9,14%	10,73%	91	7,40%	10,13%
36	5,43%	5,48%	64	9,69%	10,69%	92	7,29%	10,20%
37	6,19%	6,63%	65	10,21%	10,63%	93	7,21%	10,28%
38	7,77%	7,06%	66	10,51%	10,66%	94	7,15%	10,38%
39	9,91%	7,69%	67	10,70%	11,05%	95	7,10%	10,49%
40	9,84%	7,73%	68	10,75%	11,76%	96	7,07%	10,60%
41	11,19%	7,71%	69	10,86%	12,57%	97	7,03%	10,06%
42	12,08%	8,17%	70	10,73%	13,40%	98	7,13%	9,84%
43	13,17%	8,59%	71	10,67%	14,08%	99	7,31%	9,96%
44	12,70%	9,20%	72	10,49%	14,38%	100	7,55%	10,07%
45	12,68%	9,89%	73	10,37%	14,36%			

14.2. Os percentuais correspondentes à idade do segurado na data de renovação da cobertura individual, descritos no item anterior, serão aplicados sobre os prêmios das coberturas de Morte e Decessos.

14.3. Sobre os prêmios cobrados para as coberturas de Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) incidirá apenas reajuste por atualização monetária.

15. REAVALIAÇÃO DE TAXAS

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

16. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 16.1. O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que seja aceita pela Seguradora e tenha sido pago o prêmio antecipado do seguro.
- 16.2. O prazo de vigência da cobertura individual é de 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez, por igual período. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa, por solicitação escrita, até o vencimento do respectivo certificado, respeitadas as cláusulas 19 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL, 22 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE e 23 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.
- 16.3. A cobertura individual terá vigência pelo período em que a apólice coletiva estiver em vigor, ou seja, até o término de sua vigência, caso esta não seja renovada, respeitada a vigência dos prêmios pagos e o previsto nestas Condições Gerais.
- 16.4. O certificado individual e seus endossos terão início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
- 16.5. Em cada uma das renovações da cobertura individual será emitido novo certificado individual ao segurado.

17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 17.1. OS CAPITALS SEGURADOS E OS PRÊMIOS DE CADA SEGURADO SERÃO ATUALIZADOS ANUALMENTE, COM BASE NA VARIAÇÃO DO IGP-M/FGV (ÍNDICE GERAL DE PREÇOS DE MERCADO DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS), ACUMULADO NOS 12 (DOZE) MESES ATÉ O 2º (SEGUNDO) MÊS ANTERIOR AO ANIVERSÁRIO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL.
- 17.2. No caso de extinção do índice acima pactuado, o índice a ser utilizado será IPCA/IBGE – Índice de Preços ao consumidor amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

18. INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO

- 18.1. EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO ANUAL À VISTA OU DA 1ª PARCELA DO PRÊMIO NA CONTRATAÇÃO ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO NÃO SERÁ CARACTERIZADA A EFETIVAÇÃO DA CONTRAÇÃO DO SEGURO.
- 18.2. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À 1ª (PRIMEIRA) OU DO PRÊMIO ANUAL À VISTA NA RENOVAÇÃO, INICIARÁ A CONTAGEM DE PRAZO DE TOLERÂNCIA DE 60 (SESSENTA) DIAS PARA REGULARIZAÇÃO DO PAGAMENTO, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE VENCIMENTO DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA INADIMPLENTE.
 - 18.2.1. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA, DESCRITO NO ITEM 18.2, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS DURANTE A INADIMPLÊNCIA, MAS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO FICARÁ CONDICIONADO AO RECEBIMENTO DO(S) PRÊMIO(S) DEVIDO(S), COM OS ENCARGOS PREVISTOS NOS ITENS 18.6 E 18.7.
- 18.3. APÓS O TÉRMINO DO PRAZO DE TOLERÂNCIA, MENCIONADO NO ITEM 18.2, SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO.
- 18.4. NÃO CABERÁ RESTITUIÇÃO DE QUALQUER PARCELA DE PRÊMIO MENSAL QUE JÁ TENHA SIDO PAGO OU EM CASO DE PRÊMIO ANUAL À VISTA, CUJA VIGÊNCIA DO ÚLTIMO PRÊMIO PAGO JÁ TENHA TERMINADO.
- 18.5. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO COM FIEL OBSERVÂNCIA DE TODOS OS PRÉ-REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DO PROPONENTE NO SEGURO, CONFORME DISPOSTO NO ITEM 8 – ACEITAÇÃO DO SEGURO. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, EM HIPÓTESE ALGUMA SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.
- 18.6. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDOS DA VARIAÇÃO DO IGP-M/FGV (ÍNDICE GERAL DE PREÇOS DE MERCADO DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS), ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DO VENCIMENTO DO PRÊMIO EM ATRASO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SEU EFETIVO PAGAMENTO, CALCULADA NA BASE PRÓ-RATA DIA.

18.6.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 18.6, o índice a ser utilizado será o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao consumidor amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

18.7. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 18.6, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO, DE 12% (DOZE POR CENTO) AO ANO “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO E MULTA DE 2% A SER PAGA DE UMA SÓ VEZ.

19. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

19.1. A cobertura de qualquer segurado termina:

- a) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitadas as respectivas vigências em curso dos seguros individuais, cujo(s) prêmio(s) tenham sido pagos integralmente;
- b) Em caso de rescisão da apólice, segundo as regras estabelecidas nas condições contratuais;
- c) Com a exclusão do segurado da apólice:
 - i. Pela Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente;
 - ii. Por falta de pagamento do prêmio por prazo superior ao descrito no item 18.2.
 - iii. Na data em que for protocolado na Seguradora o pedido de cancelamento feito pelo segurado ou cancelamento a pedido da Seguradora, desde que por escrito e devidamente assinado.
 - Caso o segurado tenha optado por periodicidade de pagamento de prêmio diferente de mensal, a seguradora reterá do prêmio, além dos emolumentos, a parte do tempo decorrido, calculado na base “pró-rata dia”;
 - Em caso de pagamento mensal, a cobertura permanecerá vigente até o final do período de vigência vinculado à última parcela mensal paga. Neste caso, **não caberá devolução** de prêmio e o cancelamento será efetivado a partir da parcela subsequente.
- d) Com o término do vínculo entre o segurado e o Estipulante; e
- e) Com esgotamento dos limites máximos de indenização.

20. ANÁLISE PERIÓDICA DO PERFIL DO SEGURADO

- 20.1. A cada período de 5 (cinco) anos, a Seguradora poderá encaminhar correspondência ao Segurado, de forma a verificar se ocorreram mudanças voluntárias de hábitos.
- 20.2. A Seguradora irá avaliar as informações recebidas dentro do prazo de 15 (quinze) dias subsequentes ao recebimento do aviso do agravamento ou da diminuição do risco, por mudança voluntária de hábitos, poderá dar ciência ao segurado de sua decisão de cancelar o contrato ou ajustar o valor do prêmio.
- 20.3. Caso a Seguradora opte pelo cancelamento do seguro, este só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.

21. PERDA DE DIREITOS

- 21.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ O PRÊMIO DO SEGURO E TERÁ AINDA O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, SE O SEGURADO AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO, OU CASO O ESTIPULANTE, O SEGURADO, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU CORRETOR OU SEU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS):
 - A) FIZER(EM) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO. NESTE CASO, O SEGURADO TAMBÉM FICARÁ OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO.
 - B) FALTAR COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTES SEGUROS;
 - C) NO CASO DE FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE, SIMULAR ACIDENTE OU AGRAVAR AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.
- 21.2. 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:
 - I. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:
 - A) CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU
 - B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.

- II. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:
- A) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU
 - B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU DEDUZINDO-A DO VALOR A SER PAGO AO SEGURADO OU AO BENEFICIÁRIO OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.
- III. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, MEDIANTE COBRANÇA DA DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

21.3. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À COBERTURA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL.

21.3.1. COMUNICADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, A SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO.

21.3.2. 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.

21.3.3. A RESCISÃO DO CONTRATO DO SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

22. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

22.1. A apólice de seguro tem vigência de 1 (um) ano, com renovação automática, por uma única vez, por igual período.

22.1.1. A apólice poderá não ser renovada por expressa desistência do Estipulante ou da Seguradora, até 60 (sessenta) dias antes do seu término de vigência, e desde que haja comunicação prévia de igual período ao Segurado.

22.2. As demais renovações deverão se dar ser por escrito entre o Estipulante e a Seguradora, a qualquer tempo, até o último dia da vigência em curso, salvo se a Seguradora ou o Estipulante tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação.

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

22.4. A apólice e endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

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

23. CANCELAMENTO DA APÓLICE

23.1. CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NO ITEM 25 – MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA, DESDE QUE HAJA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO, E MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (SESENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO AOS SEGURADOS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.

23.2. ESTE SEGURO SÓ PODERÁ SER RESCINDIDO, DURANTE A VIGÊNCIA DA APÓLICE COLETIVA, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES CONTRATANTES, DEVENDO HAVER ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO.

23.3. A SEGURADORA NÃO PODERÁ CANCELAR A APÓLICE COLETIVA DURANTE O PRAZO DE VIGÊNCIA SOB A ALEGAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA NATUREZA DOS RISCOS.

24. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

24.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o solicitante deverá comunicar imediatamente o sinistro à Seguradora, por meio da Central de Atendimento, impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos.

24.2. Para o processo de regulação de sinistro deverão ser apresentados os documentos relacionados a seguir:

24.2.1. Documentação para **qualquer evento**:

- a) Formulário “aviso de sinistro” assinado pelo solicitante;
- b) Cópia do RG e CPF do segurado;
- c) Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante).

24.2.2. Para o evento de **Morte**, além dos documentos descritos no item 24.2.1, deverão ser apresentados também os seguintes documentos:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
- b) Quando a **Morte tiver ocorrido por acidente**, além do documento descrito na letra “a” deste item, também deverão ser apresentados:
 - i. Cópia do Laudo de Necropsia;
 - ii. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), **se cabível**;
 - iii. Cópia do Brevê de Piloto, **em caso de acidente aeronáutico e se o segurado for o piloto**;
 - iv. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), **se acidente automobilístico e o segurado for o condutor**;
 - v. Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
 - vi. Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado).

24.2.3. Para o pedido de **reembolso de despesas** da cobertura de **Decessos**, além dos documentos descritos nos itens 24.2.1 e 24.2.2, deverão ser apresentados também:

- a) Cópia do RG, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral;
- b) Notas fiscais e recibos das despesas com o funeral.

24.2.4. O(s) **beneficiário(s) indicado(s)** pelo segurado, além dos documentos descritos nos itens 24.2.1 e 24.2.2, deverão apresentar também os seguintes documentos:

- a) Cópias de RG(s) e CPF(s);
 - i. Na falta do RG do(s) beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
 - ii. **Independente da idade do(s) beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles**;
- b) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato:
 - i. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):
 - Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);
 - Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s).

24.2.5. Na falta de beneficiários indicados pelo segurado, **o(s) beneficiário(s) legal(is)**, além dos documentos descritos nos itens 24.2.1 e 24.2.2, deverá(ão) apresentar também os documentos descritos no item 24.2.3 e:

- a) 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;
- b) Declaração que comprove união estável firmada em cartório ou emitida por órgão previdenciário, **necessária somente** caso exista companheira(o);
- c) Declaração do(s) herdeiro(s) legal(is) com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado, contendo o nome completo e suas respectivas datas de nascimento;

- d) Cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o cônjuge/companheiro(a) seja dependente do segurado(a).
- 24.2.6. Para o evento de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, além dos documentos descritos no item 24.2.1 e na letra “b)” do item 24.2.2 deverão ser apresentados também:**
- a) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica, assinado pelo segurado ou seu representante legal, quando for o caso;
 - b) No lugar do Boletim de Ocorrência, citado no subitem “ii” da letra “b)” do item 24.2.2, poderá ser apresentada a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), **se cabível**;
 - c) Exame de Corpo Delito, **quando indicado**;
 - d) Relatório médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida em cartório;
 - e) Cópia da carta de concessão de aposentadoria, em caso de Invalidez Permanente **Total** por Acidente **(se houver)**;
 - f) Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroencefalografia);
 - g) **No caso de alienação mental, total e incurável**: além da comprovação médica, será necessária também a Certidão de Interdição Judicial definitiva.
- 24.3. Para a Cobertura de Decessos:**
- 24.3.1. O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do capital segurado vigente na data do evento, bem como ao valor efetivamente dispendido pelo beneficiário.**
- 24.3.2. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior, conforme definição constante no item 6.2, será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizando monetariamente.**
- 24.4. A SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O GRAU OU PERMANÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE E SUA RESPECTIVA PORCENTAGEM.**
- 24.5. 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 ESTE SEGURO, DEVENDO SER COMPROVADA POR RELATÓRIO MÉDICO.**
- 24.6. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora poderá propor ao segurado a constituição de junta médica, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação.**
- 24.7. A junta médica de que trata o item 24.6 será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela Seguradora.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.**
- 24.8. O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES OU DO SEGURADO SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM, E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA MÉDICA, A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.**
- 24.9. A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE E COMPROVAÇÃO DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.**
- 24.10. O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CONTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO NECESSÁRIO PARA A CURA COMPLETA.**
- 24.11. Os menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.**
- 24.12. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO, DO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.**
- 24.13. O Segurado, ao contratar o seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames**

físicos e complementares. Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado por meio de seu médico assistente.

- 24.14.** A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas no item 24.2.
- 24.15.** A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos além dos mencionados no item 24.2, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 24.14 voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.
- 24.16. 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 SOLICITADO, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL.**
- 24.17. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTE ITEM 24, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS PELO IGP-M/FGV (ÍNDICE GERAL DE PREÇOS DE MERCADO DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS), COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 24.17.1.** Para os casos de pagamento anual à vista, o cálculo de atualização das indenizações será efetuado considerando-se a última atualização monetária aplicada sobre o capital segurado, conforme previsto no item 17 até o último índice publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 24.17.2.** No caso de extinção do índice pactuado no item 24.17, o índice a ser utilizado será o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao consumidor amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.
- 24.18. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 24.17, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA, DE 12% (DOZE POR CENTO) AO ANO “PRO-RATA-TEMPORE”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO E MULTA DE 2% A SER PAGA DE UMA SÓ VEZ.**
- 24.19.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios serão feitos independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 24.20.** A indenização de qualquer uma das coberturas contratadas será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.
- 24.21.** Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.
- 24.22. CASO PROCEDA A RECUSA DO SINISTRO APÓS A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS FUNERÁRIOS, A SEGURADORA PODERÁ REQUERER DO BENEFICIÁRIO O VALOR CORRESPONDENTE ÀS DESPESAS COM O FUNERAL DO SEGURADO.**
- 24.23.** As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

25. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

- 25.1. EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQÜÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM OS SEGURADOS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.**
- 25.2. PARA OS SEGURADOS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIEM EM ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, ¾ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO.**
- 25.3.** Caso o Estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato, que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos 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, ¾ (três quartos) do grupo segurado.
- 25.3.1. A alteração só será válida e eficaz se a Seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo Endosso.**

- 25.3.2.** No caso de aceitar a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.
- 25.3.3.** No caso de solicitação de documentos complementares, para análise da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 25.3.4.** A seguradora deverá, sendo caso, manifestar sua recusa à proposta de alteração no prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da proposta do Estipulante apresentada na forma acima.

26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

26.1. SÃO OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

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

26.2. É VEDADO AO ESTIPULANTE:

- A) COBRAR, DOS SEGURADOS, QUAISQUER VALORES RELATIVOS AO SEGURO, ALÉM DOS ESPECIFICADOS PELA SEGURADORA;**
- B) RESCINDIR O CONTRATO SEM ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE UM NÚMERO DE SEGURADOS QUE REPRESENTA, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO;**
- C) EFETUAR PROPAGANDA E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM PRÉVIA ANUÊNCIA DA SEGURADORA, E SEM RESPEITAR A FIDEDIGNIDADE DAS INFORMAÇÕES QUANTO AO SEGURO QUE SERÁ CONTRATADO; E**
- D) VINCULAR A CONTRATAÇÃO DE SEGUROS A QUALQUER DE SEUS PRODUTOS, RESSALVADA A HIPÓTESE EM QUE TAL CONTRATAÇÃO SIRVA DE GARANTIA DIRETA A ESTES PRODUTOS.**

27. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

- 27.1.** A propaganda e promoção do seguro, por parte do estipulante e ou corretor, somente poderão ser feitas com autorização expressa da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas de seguro.

Fica a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações **por ela expressamente autorizada**.

27.2. 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.

28. PRESCRIÇÃO

28.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

29. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

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

29.3. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

29.4. As condições contratuais deste produto protocoladas pela Seguradora na SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da proposta de adesão.

30. SOLUÇÃO DE CONFLITOS

30.1. Por Arbitragem: Surgindo controvérsia ou divergência quanto à interpretação dos termos e condições do presente Contrato, assim como no pagamento da Indenização, estas deverão ser submetidas à Arbitragem, conforme os termos da Cláusula Compromissória.

30.2. Por Via Judicial (Foro): Caso o Segurado não tenha assinado a Cláusula Compromissória, fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.

30.2.1. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

SAC

0800 771 8978**Deficiente Auditivo ou de Fala: 0800 775 5045**

Atendimento 24 horas.

OUIDORIA

0800 775 1079**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.



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

Para garantir ainda mais a segurança e tranquilidade aos clientes, a MAPFRE Seguros 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.