

SEGURO DE VIDA

– faixa etária

Condições Contratuais

Versão 3.0

CNPJ 54.484.753/0001-49
Processo SUSEP nº 10.002879/99-91

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital ao próprio segurado, ou seu(s) beneficiário(s), caso ocorra algum dos riscos nele previstos, os quais foram contratados pela empresa cliente e indicados na proposta de contratação, na proposta de adesão, nas condições contratuais e no certificado Individual e desde que o evento que deu causa ao risco não se enquadre como excluído da cobertura securitária.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: 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 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, ainda, neste conceito:

- a) o suicídio, ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado 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 de origem traumática da coluna vertebral causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.

2.1.2. Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:

- 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 acidentes cobertos;**
- 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 Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de “invalidez por acidente pessoal”.**

2.2. 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 vida civil.

2.3. Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.4. Apólice: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

2.5. Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

2.6. Auxílio: a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

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

2.8. Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

2.9. Cardiopatia Grave: doença relacionada às afecções do coração considerada grave.

2.10. Carência: período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

2.11. 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.

2.12. Cobertura: compromisso da seguradora no pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.

2.13. Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.

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

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

2.16. 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, quando couber, do estipulante.

2.17. Conectividade com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

2.18. Cônjuge: incorpora-se ao conceito de cônjuge, para os fins destas condições gerais, a denominação de companheira(o).

2.19. Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.20. 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(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).

2.21. Dados Antropométricos: peso e a altura do segurado.

2.22. Declaração Médica: documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.23. Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.24. Doença Preexistente: doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.

2.25. Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, em que o paciente é considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico-assistente.

2.26. Empresa Cliente: pessoa jurídica que participa, parcial ou integralmente, do custeio do seguro, à qual o segurado principal esteja vinculado.

2.27. Estado Conexo: o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.

2.28. Estipulante: o Clube Previdada de Seguridade, pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor.

2.29. Etiologia: causa de cada doença.

2.30. Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado.

2.31. Fator de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.32. Grupo Segurado: totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.

2.33. Grupo Segurável: totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

2.34. Hígido: saudável.

2.35. Indenização: pagamento em dinheiro efetuado pela seguradora ao segurado ou ao seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada(s).

2.36. Início de Vigência: a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão cobertas pela seguradora.

2.37. Laudo Médico: documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.

2.38. Médico-Assistente: médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

2.39. Moradia Habitual: lugar em que a pessoa tem sua habitação ordinária ou em que mantém a sua residência habitual no Brasil.

2.40. Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

2.41. Período de Vigência: período durante o qual o segurado fará jus às coberturas contratadas.

2.42. Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s), destinados ao custeio do seguro.

2.43. Prêmio Puro: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os percentuais ou valores de carregamento e os impostos.

2.44. Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.45. Proponente: o interessado em contratar a(s) cobertura(s), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

2.46. Proposta de Adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente, pessoa física, manifesta o pleno conhecimento das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.

2.47. Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.48. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.49. Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.50. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.

2.51. Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

2.52. Riscos Excluídos: os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro.

2.53. Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro. Nestas condições gerais a palavra segurado será utilizada quando o contexto abranger o cônjuge e filhos do segurado principal, caso sejam incluídos no seguro.

2.54. Seguradora: a companhia de seguros constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas nos termos das condições contratuais.

2.55. Seguro Contributário: aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcialmente para o estipulante, e este o repassa à seguradora.

2.56. Seguro Não Contributário: aquele em que o estipulante paga a totalidade do prêmio à seguradora.

2.57. Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar.

2.58. Sinistro: ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.

2.59. Transferência Corporal: capacidade do segurado de se deslocar de um local para outro sem qualquer auxílio.

2.60. Traslado: transporte do corpo do local do óbito até o local de sepultamento no Brasil.

3. GRUPO SEGURÁVEL

3.1. Poderão ser segurados principais os funcionários e dirigentes contratados pela empresa cliente com vínculo empregatício e constantes na Relação de Empregados (RE) do FGTS, bem como os diretores não empregados equiparados aos demais trabalhadores sujeitos ao regime do FGTS, nos termos do **Art. 16 da LEI nº 8.036 de 11 de maio de 1990**, desde que constem em Relação de Empregados (RE) específica para este tipo de depósito, ou seja, Relação de Empregados com identificação de depósito - **código "6" (Diretor Não Empregado)**.

3.2. Por opção da empresa cliente, poderão ainda ser segurados principais os sócios e diretores não constantes da Relação de Empregados (RE) do FGTS, desde que os mesmos figurem no Contrato Social/Estatuto da empresa cliente ou em sua última Alteração/Assembléia.

3.3. Ainda por opção da empresa cliente, poderão ser segurados principais os prestadores de serviços contratados pela empresa cliente, desde que possuam no máximo 49 (quarenta e nove) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias no início do respectivo risco individual.

3.4. Não será permitida a contratação do seguro somente para os sócios e diretores da empresa cliente, sendo obrigatória a inclusão de no mínimo 30% (trinta por cento) dos funcionários.

4. INCLUSÃO DE SEGURADO NA APÓLICE

4.1. Para ingresso em qualquer uma das coberturas do seguro, os dirigentes e funcionários deverão estar em condições normais de saúde, plena atividade profissional e possuir no máximo 64 (sessenta e quatro) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias no início do respectivo risco individual.

4.2. Os dirigentes e funcionários afastados antes do início de vigência do seguro, após retornarem às suas atividades na empresa cliente, poderão ingressar no seguro, desde que preencham as respectivas propostas de adesões.

4.3. A empresa cliente fica responsável pelo enquadramento de cada segurado principal nas condições estabelecidas no item 4.1.

4.4. Os dirigentes, funcionários e prestadores de serviço que contratarem o seguro e não declararem na proposta de adesão qualquer doença preexistente, perderão o direito à indenização prevista para a cobertura de morte e invalidez funcional permanente e total por doença, não tendo o direito inclusive a restituição de prêmios à empresa cliente e/ou segurado principal.

4.5. Nos seguros contratados com inclusão de cônjuge, o mesmo deverá possuir no máximo 64 (sessenta e quatro) anos 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias na data de início de vigência do seguro e estar em condições normais de saúde.

4.6. Nos seguros contratados com inclusão de filhos, o mesmo deverá estar em condições normais de saúde, observando-se o seguinte:

- a) Serão considerados os filhos legítimos, enteados, adotados ou legalmente reconhecidos e dependentes, menores de 21 (vinte e um) anos e solteiros, que não sejam empregados da empresa cliente, ou de qualquer idade quando incapacitados física ou mentalmente para o trabalho e constem como dependentes na declaração de rendimentos (IR) do segurado principal;
- b) Perderá o direito de ser considerado como dependente do segurado principal, o filho que:
 - completar 21 (vinte e um) anos após o início de vigência do seguro ou tenha idade igual ou superior a 21 (vinte e um) anos no início de vigência do seguro, exceto o filho de até 24 (vinte e quatro) anos de idade considerado como dependente na declaração de rendimentos (IR) do segurado principal, que ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior;
 - for menor de 21 (vinte e um) anos, porém casado e/ou emancipado;
 - for menor de 21 (vinte e um) anos, porém não constante na Declaração de Rendimentos (IR) do segurado principal, por estar auferindo rendimentos próprios.

5. COBERTURAS DO SEGURO

De acordo com o especificado na proposta de contratação pela empresa cliente, este seguro cobre uma ou mais das seguintes coberturas para os funcionários, prestadores de serviço e dirigentes:

5.1. COBERTURA BÁSICA

5.1.1. MORTE

5.1.1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na respectiva proposta de adesão, em caso de falecimento do segurado principal durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais do seguro.

5.1.1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do segurado principal, comprovado mediante Certidão de Óbito.

5.2. COBERTURAS ADICIONAIS

A contratação de Coberturas Adicionais está condicionada à contratação da Cobertura Básica deste Seguro.

5.2.1. MORTE ACIDENTAL

5.2.1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) correspondente a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a cobertura de morte, em caso de falecimento do segurado principal, durante a vigência do seguro, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

5.2.1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a “data do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

5.2.2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

5.2.2.1. Garante a antecipação do pagamento do capital segurado de até 100% (cem por cento) da cobertura de morte, ao próprio segurado principal, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais e no certificado individual.

5.2.2.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a “data do evento coberto” será considerada a data do acidente, constatada por meio da análise da documentação apresentada.

5.2.2.3. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

5.2.2.3.1. O pagamento de qualquer indenização por invalidez permanente por acidente, seja total ou parcial, estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado principal (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.

5.2.2.3.2. No caso de invalidez parcial por acidente, não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o valor da indenização por perda parcial será calculado pela aplicação, para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado da porcentagem prevista na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais.

5.2.2.3.3. Na falta de indicação do percentual de redução, sendo o grau classificado como máximo, médio ou mínimo, a indenização proporcional será calculada com base nos índices 75 (setenta e cinco), 50 (cinquenta) e 25% (vinte e cinco por cento) respectivamente, aplicados sobre a mesma Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais.

5.2.2.3.4. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez em mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se os percentuais estabelecidos para cada um, conforme Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais, sendo que o total da indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado para invalidez permanente total ou parcial por acidente.

5.2.2.3.5. Havendo duas ou mais lesões parciais em um mesmo membro ou órgão, o somatório das indenizações não poderá exceder o total previsto na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais, caso houvesse a perda completa desse membro.

5.2.2.3.6. A perda ou redução maior da função de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dará direito a reclamações.

5.2.2.3.7. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já deficiente antes do acidente deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

5.2.2.3.8. Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, transcrita no final destas condições gerais, a indenização será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do segurado principal, independentemente de sua profissão.

5.2.2.3.9. A invalidez permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da seguradora, devendo o segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a invalidez permanente.

5.2.2.3.10. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer tempo, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

5.2.2.3.11. Quaisquer divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como as avaliações da incapacidade deverão ser submetidas a uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado principal e pela seguradora.

5.2.2.3.12. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado de invalidez total ou parcial por acidente, o segurado principal será automaticamente excluído da apólice.

5.2.2.3.13. Se ambas as coberturas por morte e invalidez permanente total ou parcial por acidente tiverem sido contratadas, suas indenizações não se acumularão. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado principal em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte será deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

5.2.2.3.14. No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

5.2.3. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

5.2.3.1. Garante o pagamento antecipado do capital segurado, desde que contratado, da cobertura básica ao próprio segurado principal, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, durante a vigência do seguro e consequente de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no subitem 5.2.3.3 – Riscos Cobertos - desta condição, excetuando-se os riscos excluídos previstos nestas condições gerais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

5.2.3.2. DA COBERTURA

5.2.3.2.1. A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado principal. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 18 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

5.2.3.3. RISCOS COBERTOS

5.2.3.3.1. Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro, e atestadas por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:

- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- 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 seu controle clínico;
- c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), 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 no sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, 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:
 - cegueira na qual a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; e
 - ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado;
- i) os seguintes estados mórbidos decorrentes de doença:
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

5.2.3.3.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio 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.

5.2.3.3.3. O IAIF - Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional é composto por dois documentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

5.2.3.3.4. 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.

5.2.3.3.5. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

5.2.3.3.6. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados.

5.2.3.3.7. O segundo documento, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas.

5.2.3.3.8. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

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

5.2.3.4.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

5.2.3.4.2. 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.

5.2.3.5. PERÍCIA MÉDICA

5.2.3.5.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

5.2.3.5.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado principal.

5.2.3.6. JUNTA MÉDICA

5.2.3.6.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a seguradora proporá ao segurado principal, por meio de correspondência escrita dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

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

5.2.3.6.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado principal e pela seguradora.

5.2.3.6.4. 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 principal.

5.2.3.7. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

5.2.3.7.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença serão de responsabilidade do próprio segurado principal, salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a seguradora tomar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

5.2.3.8. Reconhecida a invalidez laborativa ou funcional, conforme o caso, pela sociedade seguradora, a indenização deve ser paga de uma só vez.

5.3. DECESSOS

5.3.1. 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), no limite do capital segurado para esta cobertura estipulado na proposta de contratação e acordado no contrato, em caso de falecimento de qualquer dos segurados designados na proposta de adesão do seguro.

5.3.2. Em caso de falecimento do(a) cônjuge ou filhos do segurado principal designados nos seguros contratados com participação dos mesmos, a prestação dos serviços funerários será extensiva também a eles.

5.3.3. 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.

5.3.4. COBERTURA OPCIONAL DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO

5.3.4.1. Garante o pagamento de uma verba para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro de até o dobro do valor do capital segurado contratado na cobertura básica ao beneficiário responsável pela aquisição, designado pelo segurado principal na proposta de adesão, caso o segurado principal venha a falecer em consequência de causas naturais ou acidentais.

5.3.4.2. No plano familiar, além do segurado principal, esta cobertura é concedida ao(à) cônjuge e filhos. No caso de falecimento do(a) cônjuge ou filho maior de 14 (quatorze) anos, a seguradora garante o pagamento de uma verba para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro de até o dobro do valor do capital segurado contratado na cobertura básica ao próprio segurado principal.

5.3.4.3. Esta indenização será paga de uma única vez no seguro, ou seja, após ter sido paga a primeira verba para aquisição do jazigo ao beneficiário responsável, a cobertura estará automaticamente excluída do seguro.

5.3.5. ALCANCE DA COBERTURA

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

5.3.5.2. Não obstante o acima mencionado, os beneficiários do falecido poderão renunciar à prestação desse serviço pela seguradora, recebendo, neste caso, a indenização correspondente ao capital segurado.

5.3.5.3. 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.

5.3.6. OBRIGAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS

5.3.6.1. A família deverá fornecer à seguradora ou facilitar-lhe o acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias do sinistro. O não cumprimento desta obrigação dará lugar à perda de direito à indenização no caso de culpa grave do segurado.

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

5.3.7. SERVIÇO E/OU PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

5.3.7.1. A seguradora providenciará os serviços funerários, e os custos serão pagos diretamente à funerária do município, **limitados ao capital segurado.**

5.3.7.2. Se, excepcionalmente, o pagamento das despesas for efetuado por um representante da família do segurado, o mesmo será ressarcido mediante a apresentação dos comprovantes originais do pagamento. A seguradora efetuará o pagamento até o limite das despesas efetuadas, ou seja, desde que o valor não ultrapasse o capital individual contratado.

5.3.7.3. A seguradora poderá solicitar o aumento do capital segurado para atender os eventuais aumentos dos custos dos serviços prestados pelas empresas funerárias. Caso tal solicitação não seja aceita pelo segurado, a seguradora ficará obrigada apenas a indenizar o valor do capital segurado contratado.

5.3.8. ABRANGÊNCIA DA COBERTURA

5.3.8.1. Esta cobertura abrange o segurado devidamente incluído no seguro por meio da proposta de adesão.

5.3.9. FORMA DE SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO

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

- a) em caso de falecimento e sepultamento dentro do município de moradia habitual no Brasil:**
 - se dirigirá à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município;
 - irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
 - retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a a respeito das providências tomadas.

- b) em caso de falecimento no município de moradia habitual no Brasil com sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:**
 - se dirigirá à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município (Neste caso, as despesas com traslado e documentação serão de responsabilidade da família, que deverá tomar todas as providências com relação ao sepultamento em outro município.);
 - irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
 - retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a a respeito das providências tomadas.

- c) em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil:**
 - tomará todas as providências, inclusive arcará com o custeio do traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de moradia habitual, onde será prestado também o serviço de sepultamento.

- d) em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:**
 - prestará o serviço no local do óbito, preparando toda a documentação necessária para o traslado do corpo e para o sepultamento em outro município; e
 - o traslado do corpo será reembolsado pela seguradora, limitado aos valores equivalentes aos que seriam despendidos para o traslado à sua moradia habitual no Brasil.

5.3.10. SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SEPULTAMENTO

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

5.4. COBERTURAS SUPLEMENTARES

A contratação de Coberturas Suplementares está condicionada à contratação da Cobertura Básica deste Seguro.

5.4.1. COBERTURAS DO CÔNJUGE E FILHOS DO SEGURADO PRINCIPAL

5.4.1.1. A empresa cliente poderá optar pela participação automática no seguro do cônjuge dos segurados principais, com as coberturas determinadas na proposta de contratação, desde que observadas as condições estabelecidas no item 4.5, bem como as disposições descritas abaixo:

- poderão ser contratadas as mesmas coberturas do segurado principal, exceto a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença;
- os cônjuges ou companheiros(as) que façam parte do seguro como segurado principal não terão direito a esta cobertura;
- companheiro(a) de segurado principal solteiro, viúvo, desquitado, separado judicialmente ou divorciado, equipara-se a cônjuge de acordo com os dispositivos legais;
- aplicam-se as coberturas contratadas para o cônjuge do segurado principal todas as disposições constantes nestas condições gerais.

5.4.1.2. A empresa cliente poderá optar pela contratação de uma ou mais das seguintes coberturas para o cônjuge, desde que sejam contratadas para o segurado principal:

5.4.1.2.1. Cobertura Básica de Morte: Garante o pagamento do capital segurado contratado ao segurado principal correspondente a 50% (cinquenta por cento) do capital segurado da cobertura de morte do segurado principal, durante a vigência do seguro em caso de falecimento de seu cônjuge, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

5.4.1.2.2. Morte Acidental: Garante o pagamento do capital segurado adicional contratado ao segurado principal correspondente a 50% (cinquenta por cento) do capital segurado da cobertura de morte do segurado principal, durante a vigência do seguro em caso de falecimento de seu cônjuge, em decorrência de acidente pessoal, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

5.4.1.2.3. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio cônjuge do segurado principal correspondente a 50% (cinquenta por cento) do capital segurado da cobertura de morte do segurado principal, caso venha a ficar total ou parcialmente inválido em consequência de acidente, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual. O valor da indenização será determinado em função do grau de invalidez constatado, conforme Tabela Para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente transcrita no final destas condições gerais.

5.4.1.2.4. A empresa cliente poderá ainda optar pela contratação da cobertura de morte dos filhos do segurado principal, desde que seja contratada a mesma cobertura para o cônjuge, observando-se as condições estabelecidas no item 4.6, tanto para aceitação quanto para a permanência dos mesmos.

5.4.1.2.5. Esta cobertura garante o pagamento do capital segurado contratado ao segurado principal correspondente a 10% (dez por cento) do capital segurado da cobertura de morte do segurado principal, limitado a R\$ 5.000,00 (cinco mil reais), durante a vigência do seguro em caso de falecimento de algum de seus filhos dependentes, maior de 14 (quatorze) anos, excetuando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais e desde que seja contratada a mesma cobertura para o cônjuge.

5.4.1.2.6. Cada filho está coberto apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados principais, sendo considerado dependente do cônjuge de maior capital segurado.

5.4.1.2.7. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado para filhos;
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

5.4.1.2.8. Serão aplicadas as coberturas contratadas para o cônjuge e filhos do segurado principal todas as disposições contidas nestas condições gerais da presente apólice.

5.5. Este seguro não prevê carência, exceto no caso de suicídio nos 2 (dois) primeiros anos do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme o art. 798 do Código Civil.

5.5.1. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

5.5.2. Não há franquia neste seguro.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Estarão excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear, provocada ou não, bem como contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) **atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se resultantes da prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;**
- c) **doenças preexistentes não declaradas na proposta de adesão e de conhecimento do segurado na época da contratação do seguro;**
- d) **danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, conforme previsto no Código Civil vigente;**
- e) **suicídio ou tentativa de suicídio, quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência individual do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;**

-
- f) **inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral e qualquer outro fenômeno atmosférico, meteorológico, sísmico ou geológico de caráter extraordinário;**
 - g) **epidemias e pandemias oficialmente declaradas por órgão competente, incluindo, mas não limitado a gripe aviária, febre aftosa, malária, dengue, meningite, dentre outras;**
 - h) **dolo do segurado, exceto quando o dano tenha sido produzido para evitar um mal maior;**
 - i) **participação do segurado em desafios e brigas, exceto nos casos de legítima defesa ou estado de necessidade;**
 - j) **nos seguros contratados por pessoas jurídicas, deverão ser excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes.**

6.2. Além dos riscos mencionados no subitem 6.1, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Morte Acidental:

- a) **quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) **contaminações radioativas e/ou exposições nucleares ou ionizantes, ainda que decorrentes de acidente coberto;**
- c) **consequências advindas de tratamento ou exames médicos clínicos, cirúrgicos ou por equipamentos, quando tais procedimentos não forem resultantes de acidentes cobertos;**
- d) **prática, pelo segurado, de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por auxílio a outrem;**
- e) **viagens em aeronaves ou embarcações:**
 - **que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;**
 - **que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;**
 - **dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.**

6.3. Além dos riscos mencionados no subitem 6.1, estarão também excluídos da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):

- a) **quaisquer doenças desencadeadas ou agravadas pelo acidente, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**
- b) **os acidentes ocorridos em consequência da participação voluntária em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais;**

- c) **viagens em aeronaves ou embarcações:**
 - que não possuam autorização em vigor das autoridades competentes para voar ou navegar;
 - que, sendo oficiais militares, não estejam prestando serviço militar;
 - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;
- d) **os tratamentos e operações cirúrgicas de caráter estético não consecutivos ao acidente;**
- e) **os acidentes médicos;**
- f) **as consequências advindas de tratamento ou de exame clínico, cirúrgico ou medicamentoso não exigido diretamente pelo acidente;**
- g) **perturbações mentais, nervosas e emocionais;**
- h) **as lesões classificadas como: DORT - Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho, inclusive a LER - Lesão por Esforços Repetitivos, problemas auditivos e outros;**
- i) **envenenamento por absorção de substância tóxica, exceto escapamento acidental de gases e vapores;**
- j) **perda de dentes ou danos estéticos.**

6.4. Além dos riscos mencionados no subitem 6.1, consideram-se também como riscos excluídos da Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, 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, especificados a seguir:

- a) **perda, redução ou 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) **quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar de alguma atividade profissional;**
- c) **doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismos.**

6.5. Além dos riscos mencionados no subitem 6.1, estará também excluído da Cobertura de Decessos a consequência direta ou indireta da seguinte ocorrência:

- a) **cremação para os segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço.**

6.6. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

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.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

7.1. COBERTURAS DE MORTE, ADICIONAIS E SUPLEMENTARES

7.1.1. As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

7.2. COBERTURA DE DECESSOS

7.2.1. A cobertura deste seguro 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 no Brasil.

7.2.1.1. Para fins de decessos, será considerado “endereço de domicílio” o endereço de moradia habitual do segurado no Brasil.

8. ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis. O proponente deverá declarar na proposta de adesão ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

8.2. 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. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

8.2.1. A seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.

8.2.2. Havendo motivos para recusa, a seguradora devolverá o valor do prêmio antecipado. O valor a ser devolvido será atualizado pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), pro rata temporis, correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição, que não poderá ser superior a 10 (dez) dias da data da recusa. Neste caso, o proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

8.3. 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.

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

8.5. A seguradora promoverá a devolução, à empresa cliente, da parcela do primeiro prêmio pago correspondente a proposta de contratação não aceita.

8.6. A cobertura individual cessará quando não houver mais a relação empregatícia ou societária entre o segurado principal e a empresa cliente.

8.7. A cobertura individual dos prestadores de serviço cessará quando rescindir o contrato de prestação de serviço com a empresa cliente.

8.8. A cada segurado aceito no seguro será enviado um certificado individual.

8.9. A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

9. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

9.1. A vigência da cobertura individual terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, dos certificados e dos endossos, desde que tenha sido aceita e vigorará pelo prazo determinado na proposta de adesão, mediante pagamento único ou pagamentos consecutivos e ininterruptos dos prêmios do seguro.

9.2. O seguro terá vigência pelo período em que a apólice estiver em vigor, ou seja, até sua data de término de vigência, caso esta não seja renovada ou cancelada conforme previsto nas condições contratuais.

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

9.4. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

10.1. A vigência do seguro será de 12 (doze) meses, sendo renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora ou a empresa cliente, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias da data de renovação, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.

10.2. A renovação da apólice para os demais períodos de vigência não se dará de forma automática, devendo ser expressa entre as partes.

10.3. Qualquer alteração de taxas de seguro, ainda que o plano preveja cláusula de reavaliação de taxas de seguro, por implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

10.4. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar os segurados e a empresa cliente mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

10.5. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).

11. CAPITAIS SEGURADOS

Os capitais segurados da cobertura de morte serão determinados pela empresa cliente através da proposta de contratação, observando-se as seguintes opções:

11.1. CAPITAL ÚNICO

11.1.1. O Capital Segurado individual é igual para todos os dirigentes e funcionários.

11.2. CAPITAL ESCALONADO

11.2.1. O capital segurado individual pode ser escalonado em até 4 (quatro) faixas de capitais, sendo que o maior capital deve ser limitado ao máximo de 4 (quatro) vezes o menor capital definido para o grupo.

11.3. CAPITAL POR MÚLTIPLOS DE SALÁRIOS

11.3.1. O capital segurado individual será determinado em função da aplicação de um múltiplo ao salário nominal do funcionário, devendo o maior capital ficar limitado a 10 (dez) vezes o menor capital.

11.4. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

11.4.1. Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos capitais segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito da empresa cliente, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado individual vigente. Se aceitos pela seguradora, os novos capitais segurados terão início de vigência no primeiro dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento espontâneo de capital, poderá ser exigido do segurado o preenchimento de uma nova proposta de adesão, iniciando-se nova carência de 2 (dois) anos para o valor aumentado, para hipótese de suicídio, conforme previsto no item 22.10 destas Condições Gerais.

11.4.2. Para os segurados principais aposentados, afastados ou com idade superior a 65 (sessenta e cinco) anos, não será permitido o aumento espontâneo dos respectivos capitais segurados. Nestes casos, os capitais segurados serão atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou qualquer outro índice que por disposição legal venha a substituí-lo.

11.4.3. A empresa cliente fica ciente que, para o aumento espontâneo do capital segurado, o segurado deverá estar em condições normais de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do capital segurado não declarada na proposta de adesão, o pagamento da indenização prevista para a cobertura de morte será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios a empresa cliente e/ou segurado principal.

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

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

12.1. Para os seguros contratados com capital segurado único ou escalonado, os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente em cada aniversário da apólice pelo IPCA/IBGE

(Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses anteriores ao aniversário do certificado individual.

12.2. Para os seguros contratados com capital segurado por múltiplos de salários, os capitais segurados e prêmios serão atualizados em qualquer época, segundo a variação dos salários/proventos.

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

12.4. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE).

12.5. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, deverá ser previsto que os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

13. PAGAMENTO DO PRÊMIO

13.1. A seguradora delega a empresa cliente, sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados principais, a cobrança dos prêmios, ficando a empresa cliente responsável pelo pagamento dos prêmios, que deverá ser efetuado, até a data de vencimento de cada parcela mensal, através de “Ficha de Compensação” ou “Débito em Conta Corrente”.

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

13.2.1. A data-limite para pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.

13.2.2. Quando a data de vencimento coincidir com um dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia subsequente em que houver expediente bancário.

13.3. Mensalmente, até o dia 10 (dez) de cada mês de competência do risco, deverá ser enviado a seguradora uma listagem ou qualquer outro meio magnético com as informações necessárias para o cálculo do prêmio, incluindo-se nome, sexo, matrícula, salário, CPF, data de nascimento e data de inclusão. Caso a movimentação seja enviada após o período estipulado a inclusão será feita no mês subsequente, sendo o faturamento feito com base no mês anterior.

13.4. De posse destes dados, a seguradora emitirá fatura e respectivo documento de cobrança com data de vencimento conforme especificada na proposta de contratação, referente ao total do prêmio devido.

13.5. Qualquer indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado pelo segurado principal ou empresa cliente, o que deve ser feito no máximo até a data-limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.

13.6. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado se for realizado ainda naquele prazo.

13.7. Caso haja falta de pagamento do prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nos itens 16 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO E 17 – CANCELAMENTO DA APÓLICE, destas condições gerais.

13.7.1. Entretanto, nos seguros de custeio contributivo, se a empresa cliente deixar de recolher junto à seguradora e no prazo devido os prêmios recolhidos dos segurados principais, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, e ficando a empresa cliente sujeita a cominações legais previstas na legislação vigente.

13.7.2. A empresa cliente fica terminantemente proibida de recolher dos segurados principais, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela seguradora. Caso a mesma receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida seja a que título for, ficará a empresa cliente obrigada a destacar no documento de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada segurado.

13.8. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto no item 14 – REAVALIAÇÃO DE TAXA, destas condições gerais.

13.9. Os prêmios sofrerão alteração anualmente de acordo com a mudança de faixa etária do segurado, conforme previsto em legislação vigente, caso previsto no contrato.

13.10. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado, incluindo os valores ou percentuais, deverão constar das condições contratuais e ser disponibilizados aos proponentes quando da adesão ao seguro.

14. REAVALIAÇÃO DE TAXA

14.1. Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme legislação vigente, respeitado o disposto no item 10.3 destas Condições gerais.

15. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

15.1. A cobertura individual de cada segurado cessará:

- com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e a empresa cliente;
- quando o segurado solicitar por escrito à seguradora sua exclusão da apólice;
- quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio; e
- quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago.

16. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

16.1. Na falta de pagamento de 1 (uma) fatura a cobertura será suspensa. Os sinistros ocorridos no período de suspensão não terão cobertura.

16.2. A reabilitação do seguro se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento da próxima fatura, sendo vedada a cobrança de prêmios pelo período de suspensão, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, na forma estabelecida nas condições gerais.

16.3. Na falta de pagamento de 2 (duas) faturas, consecutivas ou não, no período de 12 (doze) meses contados a partir do início de vigência ou renovação, o seguro será automaticamente cancelado.

17. CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido no item 16 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO, sem que tenha(m) sido quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) do prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.

17.2. Havendo o desejo por parte da empresa cliente e/ou segurado principal de cancelar o seguro, este deverá encaminhar à seguradora solicitação de próprio punho devidamente assinada. O seguro será cancelado após o último dia do período de vigência correspondente à última parcela do prêmio pago.

17.3. No caso de morte do segurado principal, o seguro será extinto automaticamente na data do evento coberto.

17.4. A apólice poderá ser cancelada:

- Por solicitação escrita da empresa cliente ou da seguradora, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias do vencimento anual do seguro;
- Se a empresa cliente não aceitar as condições de reavaliação propostas pela seguradora para a manutenção do seguro.

17.5. Desde que efetivamente comprovada, por ser a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da cobertura básica, seu pagamento extinguirá, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos com atualização monetária.

17.6. Caso não seja comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.

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

17.8. O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e que, no caso de seguro coletivo, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

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

- I. a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;
- II. quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no § 4º do art. 46 da Circular SUSEP nº 302/05.

18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

18.1. COBERTURAS DE MORTE, ADICIONAIS E SUPLEMENTARES

18.1.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.

18.1.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta do(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is), salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

18.1.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

18.1.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento e na sua falta, serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

18.1.3.2. Os valores das obrigações pecuniárias das sociedades seguradoras sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no plano desde a data do evento, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária e a atualização será efetuada com base na variação 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.

18.1.3.3. 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.

18.1.4. O valor a ser indenizado ao(s) beneficiário(s) será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

18.1.5. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

18.1.5.1. Em caso de Morte:

- **comunicado de sinistro com informações gerais (preenchidos todos os itens);**
- **Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada);**
- **cópia do RG e CPF do segurado;**
- **cópia do Registro de Emprego e comprovante de pagamento do salário do mês do óbito;**
- **cópia do RG e CPF do beneficiário;**
- **Certidão de Casamento (atualizada no caso de sinistro do cônjuge).**

18.1.5.2. Em caso de Morte Acidental:

- **Boletim de Ocorrência Policial;**
- **CNH, se for acidente de trânsito (e quando a vítima for o motorista);**
- **Certidão de Casamento (atualizada no caso de sinistro do cônjuge); e**

- **Laudo Necroscópico do IML.**

18.1.5.3. Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- **comunicado de sinistro com informações gerais (preenchidos todos os itens);**
- **cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);**
- **exame de Corpo Delito, quando indicado;**
- **cópia do RG e CPF do segurado;**
- **cópia do Registro de Emprego;**
- **comprovante de Pagamento do Salário referente ao último mês em atividade;**
- **cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);**
- **no caso de invalidez total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS; e**
- **declaração médica contendo as sequelas definitivas, discriminadas em grau porcentual.**

18.1.5.4. Em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença:

- a) **cópia do RG, CPF e comprovante de residência do segurado;**
- b) **relatório do médico-assistente do segurado:**
 - **Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada; e**
 - **Detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado.**
- c) **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, nas condições previstas no item anterior.**

18.2. COBERTURA DE DECESSOS

18.2.1. Em caso de reembolso, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) encaminhar os comprovantes dos gastos com serviço(s) funerário(s) por meio de carta à seguradora.

18.2.2. Os documentos a serem enviados à seguradora são:

- **Certidão de Óbito (cópia autenticada);**
- **RG e CPF do segurado (cópia autenticada);**
- **RG, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral (cópia autenticada); e**
- **notas Fiscais e Recibos das despesas com o funeral (original).**

No caso do falecimento do(a) cônjuge ou companheiro(a), além dos documentos descritos no item acima, deverá ser enviada a Certidão de Casamento ou uma declaração oficial que ateste a condição de companheiro(a).

No caso de falecimento do(s) filho(s), além dos documentos descritos no item acima, deverá ser enviada a Certidão de Nascimento.

18.2.3. 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.

18.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte do(s) beneficiário(s), a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para efetuar o reembolso dos gastos com serviço(s) funerário(s).

18.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado pro rata temporis até a data do efetivo pagamento.

18.4. O valor a ser reembolsado ao(s) beneficiário(s) será limitado ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

18.5. As indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único.

18.6. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicá-lo o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

18.7. Será facultado à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

18.8. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

18.9. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

18.10. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

19. PERDA DE DIREITOS

19.1. O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

19.2. Caso o segurado, seu(s) beneficiário(s), corretor de seguros e caso haja por parte do(s) mesmo(s), seus respectivos representantes legais, corretor de seguros, seus prepostos ou seus beneficiários, nos seguintes casos: fizer(em) declaração inexata ou omitir, em circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, o beneficiário perderá o direito ao capital segurado e a seguradora terá o direito ao prêmio vencido.

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

I. Na hipótese de não ocorrência de evento coberto:

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

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

- A. Rescindir o contrato de seguro, após o pagamento da indenização devida, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
- B. Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao beneficiário, quando for o próprio segurado, ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**

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

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

- não cumprimento das obrigações contratuais da apólice definidas nestas condições gerais;**
- utilização de declarações falsas, simulação acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;**
- agravamento intencional do risco;**
- fraude ou tentativa de fraude, inclusive em laudos médicos que justifiquem falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;**
- tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto;**
- solicitação de exclusão do seguro feita pelo segurado ou pelo estipulante.**

19.4. O(s) segurado(s) está(rão) obrigado(s) a comunicar à seguradora, logo que souber(em), qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou(aram) de má-fé.

19.4.1. Entende-se como alteração do risco ocorrências como: mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração.

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

19.6. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

20. BENEFICIÁRIOS

20.1. A indicação do(s) beneficiário(s) deverá ser clara e precisa, sendo de livre escolha do segurado e devendo constar na proposta de adesão preenchida pelo mesmo, observando-se as limitações previstas no Código Civil vigente.

20.2. O(s) beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) a qualquer momento pelo segurado, bastando o encaminhamento à seguradora do formulário Informe de Alteração de Nome/Beneficiários, devidamente preenchido e assinado. A alteração de beneficiário só terá validade a partir do recebimento desse formulário pela seguradora, confirmada pelo relógio-datador.

20.3. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, será ilícita a substituição do(s) beneficiário(s) por ato entre vivos ou de última vontade.

20.3.1. Quando a seguradora não for informada oportunamente da substituição, ficará desobrigada pagando o capital segurado ao(s) antigo(s) beneficiário(s).

20.4. A pessoa que for legalmente inibida de receber doação do segurado não poderá ser instituída como seu beneficiário.

20.5. O beneficiário do(s) cônjuge(s) e filho(s) será sempre o segurado.

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

20.7. Será válida a instituição do(a) companheiro(a) como beneficiário(a) se, no momento da contratação, o segurado se encontrava separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

21. SUB-ROGAÇÃO

21.1. No seguro de pessoas, o segurador não pode se sub-rogar nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário contra o causador do sinistro, conforme estabelecido no Código Civil vigente.

22. DISPOSIÇÕES FINAIS

22.1. Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

22.2. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

22.3. Este plano está estruturado em regime financeiro de repartição e, portanto, não está prevista a devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

22.4. O registro destas condições gerais na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

22.5. 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.

22.6. 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.

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

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

22.9. A propaganda e a promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas as condições contratuais da apólice e as normas do seguro, ficando a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

23. FORO

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

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	
DISCRIMINAÇÃO	SOBRE CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia Bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)	%
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	%
Perda total de uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	09
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 de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo.	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES	%
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20

Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, equivalente ½ (metade), e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 (um terço) do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	06
- Menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização
DIVERSAS	%
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30
NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONOAÇÃO	
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	15
- mais de 50% (cinquenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	08

Perda total das duas orelhas	16
ARTICULAÇÕES (ANQUILOSES)	
Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinquenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DE MEMBROS	
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.	
Perda do braço	15
APARELHO URINÁRIO	
Perda de um rim	
Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50
Insuficiência renal	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática	Sem indenização
SÍNDROMES PSIQUIÁTRICAS	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
MAMAS	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	

Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	07

ANEXO
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; Deambula livremente; sai à rua sem supervisão; Está capacitado a dirigir veículos automotores; Mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor?	00
	2º GRAU: O segurado apresenta desorientação; Necessita de assistência 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 intelectual e/ou déficit cognitivo?	10
	3º GRAU: 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
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: 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
	2º GRAU: 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

	<p>3º GRAU: 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 assistência e/ou auxílio técnico?</p>	20
CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1º GRAU: O segurado realiza, sem assistência, 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?</p>	00
	<p>2º GRAU: O segurado necessita de assistência e/ou auxílio técnico eventuais 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)?</p>	10
	<p>3º GRAU: O segurado necessita de assistência mantida às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho para com as suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?</p>	20

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?	02
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso?	02
Há curso de recidiva e/ou progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não a disfunção imune?	04
Existem mais de 2 fatores agravantes 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 refratariedade terapêutica?	08

São Paulo, 19 de fevereiro de 2014.