Sede Berrini
Avenida das Nações Unidas, 11.711 • Brooklin
São Paulo • SP • Brasil • 04578-000
www.mapfre.com.br

Seguro de Pessoas Coletivo
Vida – taxa média

Condições Contratuais

Versão 6.0

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº 15414.000272/2011-86

MAPFRE Seguros Gerais S.A. – CNPJ 61.074.175/0001-38
Canal de Atendimento MAPFRE - WhatsApp: (11) 4004 0101
Central de Relacionamento aos Clientes: 0800 775 4545 - Segunda à sexta-feira das 8h às 20h e sábados das 08h às 18h, exceto feriados nacionais.
Assistência 24h: 0800 775 7196
Sinistro: 0800 709 8432 - Segunda à sexta-feira das 08h às 18h, exceto feriados nacionais.
SAC 24 horas: 0800 775 1000
Atendimento em Libras 24 horas: https://mapfre.emlibras.com/
Central de Relacionamento com Deficientes Auditivos ou de Fala 24 horas: 0800 775 5045
Ouvidoria: 0800 775 1079 e para Deficientes Auditivos ou de Fala: 0800 775 7911, de segunda à sexta-feira, das 08h às 18h, exceto feriados nacionais. Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

Sede Berrini
Avenida das Nações Unidas, 11.711 • Brooklin
São Paulo • SP • Brasil • 04578-000
www.mapfre.com.br

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS 5
1. OBJETIVO DO SEGURO 5
2. GLOSSÁRIO 5
3. COBERTURAS DO SEGURO 9
4. RISCOS EXCLUÍDOS 10
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 12
6. INCLUSÃO DO SEGURADO 12
7. CARÊNCIA 12
8. FRANQUIA 12
9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO 13
10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL 16
11. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE 16
12. CAPITAIS SEGURADOS 17
13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 18
14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS 18
15. PAGAMENTO DO PRÊMIO 20
16. REAVALIAÇÃO DE TAXA 21
17. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO 21
18. PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE 21
19. CANCELAMENTO DO SEGURO 22
20. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 23
21. PERDA DE DIREITOS 28
22. BENEFICIÁRIOS 29
23. SUB-ROGAÇÃO 30
24. DISPOSIÇÕES FINAIS 32
25. FORO 33
CONDIÇÃO ESPECIAL 34
COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE 34
1. OBJETIVO DO SEGURO 34
2. GLOSSÁRIO 34
3. DA COBERTURA 36
4. RISCOS COBERTOS 36
5. RISCOS EXCLUÍDOS 37
6. CARÊNCIA 37
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO 37
8. CAPITAIS SEGURADOS 37
9. PRÊMIO 37
10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 38

11. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA 39
12. PERÍCIA MÉDICA 39
13. JUNTA MÉDICA 39
14. CANCELAMENTO DO SEGURO 39
15. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO 39
16. DISPOSIÇÃO FINAL 40
CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA DE IFPD (ANTECIPAÇÃO DA MORTE) 41
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – COBERTURA AUTÔNOMA 43
1. OBJETIVO DO SEGURO 43
2. GLOSSÁRIO 43
3. DA COBERTURA 45
4. RISCOS COBERTOS 45
5. RISCOS EXCLUÍDOS 46
6. CARÊNCIA 46
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO 46
8. CAPITAIS SEGURADOS 46
9. PRÊMIO 46
10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 47
11. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA 47
12. PERÍCIA MÉDICA 48
13. JUNTA MÉDICA 48
14. CANCELAMENTO DO SEGURO 48
15. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO 48
16. DISPOSIÇÃO FINAL 48
CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA IFPD (COBERTURA AUTÔNOMA) 50
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE 52
1. OBJETIVO DO SEGURO 52
2. CONCEITO 52
3. INCLUSÃO NO SEGURO 52
4. RISCOS EXCLUÍDOS 52
5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE 52
6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE 53
7. CAPITAL SEGURADO 53
8. PRÊMIO 53
9. BENEFICIÁRIO 53
10. CESSAÇÃO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR 53
11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 53
12. DISPOSIÇÃO FINAL 53
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE 54

1. OBJETIVO DO SEGURO 54
2. CONCEITO 54
3. INCLUSÃO NO SEGURO 54
4. RISCOS EXCLUÍDOS 54
5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE 54
6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE 54
7. CAPITAL SEGURADO 55
8. PRÊMIO 55
9. BENEFICIÁRIO 55
10. CESSAÇÃO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR 55
11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 55
12. DISPOSIÇÃO FINAL 55
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS 56
1. OBJETIVO DO SEGURO 56
2. CONCEITO 56
3. INCLUSÃO NO SEGURO 56
4. RISCOS EXCLUÍDOS 56
5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA 56
6. TÉRMINO DO SEGURO DOS FILHOS 57
7. CAPITAL SEGURADO 57
8. PRÊMIO 57
9. BENEFICIÁRIO 57
10. CESSAÇÃO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR 57
11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 57
12. DISPOSIÇÃO FINAL 57
COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL 58
1. OBJETIVO DO SEGURO 58
2. RISCOS EXCLUÍDOS 58
3. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 58
4. DISPOSIÇÃO FINAL 59
COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO 60
1. OBJETIVO DO SEGURO 60
2. RISCOS EXCLUÍDOS 60
3. PRÊMIO 60
4. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 60
5. DISPOSIÇÃO FINAL 60
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE EXCEDENTE TÉCNICO 61

CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO COLETIVO DE VIDA EM GRUPO – TAXA MÉDIA – versão 6.0

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital ao próprio segurado, ou seus beneficiários, caso ocorra algum dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas pelo estipulante e indicadas na proposta de contratação (assinada pelo estipulante) e nas propostas de adesão (assinadas pelos proponentes/segurados), nas condições contratuais e no certificado individual, **desde que o evento não se enquadre como "riscos excluídos" ou "não cobertos" pela legislação vigente.**

2. GLOSSÁRIO

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, a incapacidade 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, pandemias ou epidemias declaradas por órgão competente, 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 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 médica-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
c) 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", conforme definido neste item do Glossário.

2.2. Agravamento do Risco: circunstâncias que aumentam, de forma significativa e continuada, a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora e devem ser informadas à Seguradora sob pena de perda do direito à garantia.

2.3. Apólice: documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), nos planos coletivos, bem como estabelece os direitos e obrigações das partes.

2.4. Atualização Monetária: aplicação de ajuste de valores de prêmio e capital segurado, com base em índice

previamente estipulado.

2.5. Aviso de Sinistro: comunicação que deve ser feita à Seguradora imediatamente após a ocorrência do evento passível de cobertura sob a Apólice, sob pena de perda do direito à indenização ou ao capital segurado**.**

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

2.7. Boa-fé: princípio fundamental do seguro que obriga as partes a atuarem com honestidade, lealdade, integridade e fidelidade ao cumprimento das leis e ao contrato do seguro. O segurado se obriga a prestar informações e descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência de sinistro. A seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes.

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

2.9. 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 os beneficiários não terá direito à percepção dos capitais segurados contratados.

2.10. Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

2.11. Certificado Individual: documento emitido para cada Segurado no caso de contratação de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro

2.12. Cobertura: obrigações que a Seguradora assume quando da ocorrência de um Evento Coberto, descritas nas Condições Contratuais, observados os riscos expressamente excluídos e as hipóteses de perda do direito às Coberturas.

2.13. Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação deste seguro, que englobam as Condições Gerais e as Condições Especiais.

2.14. Condições Especiais: conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de Cobertura de um mesmo seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

2.15. Condições Gerais: conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas de um mesmo plano de Seguro.

2.16. Cônjuge/Companheiro(a): pessoa legalmente reconhecida como tal, assim como companheiro(a) é a pessoas que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos pela legislação vigente.

2.17. Conjugação: é a contratação de mais de uma cobertura securitária constante no presente instrumento.

2.18. Contrato Coletivo: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades particularidades operacionais e as obrigações do Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) e a Seguradora, em especial no que se refere às relações com o Segurado, Beneficiário e assistido, de forma complementar às Condições Contratuais.

2.19. Corretor: é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e legalmente autorizado a angariar e promover Contratos de Seguro. **O Corretor de seguros responde de forma civil e regulatória pelos prejuízos que causar no exercício da sua profissão, por ação, omissão dolosa ou culposa.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu

corretor no site www.susep.gov.br por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

2.20. Culpa Grave: conduta lesiva decorrente de negligência, imprudência ou imperícia do agente, cujo resultado final, embora involuntário, era previsível no momento da ação.

2.21. Doenças e Lesões Preexistentes e suas Consequências: são as doenças ou lesões, inclusive congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à adesão ao seguro, de seu conhecimento, não declarada na Proposta e/ou Questionário de Avaliação de Risco. **A omissão dessas doenças ou lesões por ocasião da contratação do seguro ensejará a perda do direito à indenização**.

2.22. Endosso: documento emitido pela Seguradora, durante a Vigência do Seguro, por meio intermédio do qual são formalizadas alterações dos do seguro contratado dados e condições de uma Apólice, de comum acordo entre a Seguradora e com o Estipulante e/ou Subestipulante ou Segurado.

2.23. Estipulante: pessoa física ou jurídica que contrata a apólice coletiva, ficando investida de poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora.

2.24. Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais e ocorrido durante a Vigência do Seguro, passível de ser indenizado pela Seguradora em favor do Segurado ou Beneficiário(s) enquadrado nas Cobertura previstas na Apólice contratual.

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

2.26. Filho: aquele considerado dependente econômico do Segurado, desde que observadas as condições indicadas abaixo:

i. Filho(a) ou Enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;

ii. Filho(a) ou Enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho; e

iii. Filho(a) ou Enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de Ensino Médio, até completar 24 (vinte e quatro) anos.

2.27. Franquia: período contínuo de tempo contado a partir da data da ocorrência do evento coberto e, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

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

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

2.30. Indenização: valor máximo a ser pago pela Seguradora quando da ocorrência do Evento Coberto, observada a dedução da Franquia e o(s) limite(s) da(s) cobertura(s) contratada(s) da Cobertura contratada.

2.31. IPCA: Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

2.32. Liquidação do Sinistro: pagamento da indenização, após a finalização da regulação do sinistro e conclusão de sinistro indenizável.

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

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

2.35. Médico/Médico Assistente: profissional legalmente habilitado para a prática da medicina, de escolha do Segurado, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do Segurado. **A Seguradora não aceitará que seja nomeado como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.**

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

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

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

2.39. Prêmio: importância fixada na Apólice/Certificado Individual e paga à Seguradora como contraprestação pela garantia do risco e do interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário.

2.40. Premoriência: morte de uma pessoa ocorrida anteriormente à de uma outra pessoa, que lhe sobrevive.

2.41. Proponente: o interessado em contratar as coberturas, ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

2.42. Proposta de Adesão: documento preenchido pelo Proponente, seu representante legal, ou Corretor de Seguros, contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais. A proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.

2.43. Proposta de Contratação: documento preenchido pelo Proponente Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), seu representante legal, ou Corretor de Seguros, contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente expressa a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas) do seguro e manifesta pleno conhecimento das Condições Contratuais. A Proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.

2.44. Questionário de Avaliação do Risco: formulário preenchido para a contratação do seguro, fornecendo as informações necessárias à aceitação da Proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio. A prestação de informações inverídicas ou incompletas no Questionário de Análise do Risco, ou, ainda, a omissão de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, poderá acarretar a perda da garantia, sem prejuízo do pagamento do Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, ou a redução proporcional da garantia, na forma prevista nas Condições Gerais.

2.45. *Pro Rata Temporis:* no caso do seguro, é o método de calcular o prêmio de forma proporcional aos dias de vigência decorridos do contrato de seguro.

2.46. Regime Financeiro de Repartição Simples: estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar os Capitais Segurados decorrentes dos eventos ocorridos neste período, não havendo, portanto, devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante ou ao Subestipulante (se houver).

2.47. Regulação de Sinistro: procedimento destinado à apuração das circunstâncias, causas e efeitos do Sinistro.

2.48. Relatório Médico: documento na forma de relatório ou similar, preenchido por médico com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.49. Risco: evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos.

2.50. Risco Excluído: evento potencialmente danoso não coberto pela Apólice, seja em razão de sua previsão expressa nas cláusulas de Riscos Excluídos, seja por não se enquadrar entre os riscos cobertos pela Apólice.

2.51. Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro. No caso de contratação por pessoa jurídica, o(s) Segurado(s) será(ão) o(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrante(s) do quadro social da empresa na data de contratação do seguro.

2.52. Seguradora: empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que, mediante o recebimento de Prêmio, garante interesse legítimo do legítimo do Segurado ou do Beneficiário contra riscos predeterminados. Para o presente seguro, é a Mapfre Seguros Gerais S.A..

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

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

2.55. Sinistro: ocorrência do evento coberto previstos nas Condições Contratuais, durante o período de vigência do seguro.

2.56. Subestipulante: pessoa física ou jurídica que, em razão do vínculo direto ou indireto com o estipulante, contrata o seguro em favor do grupo segurado a que se vincule e os representa perante a seguradora.

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

2.58. Vigência do Seguro: período definido na Apólice do seguro durante o qual está em vigor o contrato de seguro, mediante o pagamento dos prêmios devidos à Seguradora.

3. COBERTURAS DO SEGURO

As garantias do seguro dividem-se em básica e adicionais, sendo que o seguro não pode ser contratado sem a Garantia Básica (Morte).

3.1. COBERTURA BÁSICA DE MORTE

3.1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado aos beneficiários indicados na respectiva proposta de adesão, em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, **respeitando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.**

3.1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data de falecimento do segurado, comprovado mediante Certidão de Óbito.

3.1.3. Para 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;
b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

3.2. CONDIÇÕES ESPECIAIS

De acordo com as condições especiais e indicação na proposta de contratação poderão ser contratadas as seguintes coberturas adicionais ou cláusulas:

3.2.1. ANTECIPAÇÃO DE INDENIZAÇÃO EM FASE TERMINAL

3.2.1.1. Garante o **adiantamento** do capital segurado contratado para cobertura de morte mediante solicitação do segurado ou de seu representante legal, quando o segurado se encontrar em fase terminal ocasionada por doença ou acidente, desde que a data do acidente ou do início da moléstia e de seu diagnóstico ocorra dentro do período de vigência da apólice, excetuando-se os **riscos excluídos** previstos nas condições contratuais.

3.2.1.2. Considera-se "paciente em fase terminal" aquele para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte.

3.2.1.3. A solicitação desta cobertura será feita mediante atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo estimado de sobrevida do segurado. Este atestado deverá vir acompanhado do histórico da patologia, do diagnóstico conclusivo e de exames pertinentes, **ressalvado o direito da seguradora de submeter o segurado a exames médicos ou complementares por profissionais de sua indicação.**

3.2.2. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – Antecipação da Cobertura de Morte

3.2.2.1. Garante o pagamento antecipado do capital segurado da cobertura de morte, ao próprio segurado, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença do segurado, ocorrida dentro da vigência do seguro e consequente de doença que cause a perda de sua existência independente, sob os critérios devidamente especificados, excetuando-se os **riscos excluídos** previstos nas condições contratuais.

3.2.3. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – Cobertura Autônoma

3.2.3.1. Garante o pagamento do capital segurado ao próprio segurado em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença do segurado, ocorrida dentro da vigência do seguro e consequente de doença que cause a perda da existência independente, sob os critérios devidamente especificados, excetuando-se os **riscos excluídos** previstos nas condições contratuais.

3.2.4. CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE CÔNJUGE

3.2.4.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado em caso de falecimento de seu cônjuge ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se **os riscos excluídos** previstos nas condições contratuais.

3.2.4.2. A cláusula de cônjuge poderá ser contratada nas formas automática ou facultativa, contemplando as demais coberturas, desde que contratadas pelo segurado principal.

3.2.5. CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE FILHOS

3.2.5.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado em caso de falecimento de algum de seus filhos dependentes ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os **riscos excluídos** previstos nas condições contratuais.

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

3.2.5.3. A cláusula de filhos poderá ser contratada na forma automática, contemplando as demais coberturas, desde que contratadas pelo segurado principal.

3.2.6. AUXÍLIO FUNERAL

3.2.6.1. Garante o adiantamento de um porcentual da cobertura de morte, conforme limites estabelecidos nas condições contratuais.

3.2.7. AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

3.2.7.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao beneficiário do seguro, em caso de falecimento do segurado ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previsto nas condições contratuais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. 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 DELASDECORRENTES, EXCETO SE FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA DECORRIDO DO TRABALHO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MILITARES, DE ATOS HUMANITÁRIOS, DA UTILIZAÇAÕ DE MEIO DE TRANSPODER ARRISCARO OU DA PRÁTICA DESPORTIVA;

C) DE DOENÇAS, LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO E NÃO TENHAM SIDO DECLARADOS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO OU NO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO;

D) DE DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS OU CULPA GRAVE PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S), OU PELO REPRESENTANTE LEGAL DE UM OU DE OUTRO. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, INCLUEM-SE OS DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS, CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES, BENEFICIÁRIOS E/OU PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES DO ESTIPULANTE OU SUBESTIPULANTES, SE HOUVER;

E) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO OU DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO, OU AINDA, DAS SOLICITAÇÕES DE INCLUSÃO DE COBERTURA. NESTAS HIPÓTESES, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA;

F) DE EPIDEMIAS, E PANDEMIAS E ENVENENAMENTO DE CARÁTER COLETIVO OFICIALMENTE DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA, DENGUE, MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;

G) DE INUNDAÇÃO, FURACÃO, ERUPÇÃO VULCÂNICA, TEMPESTADE, TERREMOTO, CICLONE, MAREMOTO, MOVIMENTO SÍSMICO OU MOVIMENTOS DE TERRA EM GERAL E QUALQUER OUTRO FENÔMENO ATMOSFÉRICO, METEOROLÓGICO, SÍSMICO OU GEOLÓGICO DE CARÁTER EXTRAORDINÁRIO;

H) DE INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR PROFISSIONAL LEGALMENTE HABILITADO (MÉDICO);

I) EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM, CONSUMADO OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO;

J) DE PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E BRIGAS, EXCETO NOS CASOS DE PRÁTICA DE ESPORTES, DE LEGÍTIMA DEFESA OU ESTADO DE NECESSIDADE;

K) CAUSADOS EXCLUSIVAMENTE PELA NÃO UTILIZAÇÃO, PELO SEGURADO, DE EQUIPAMENTOS DE SEGURANÇA EXIGIDOS POR LEI;

L) CAUSADOS EXCLUSIVAMENTE PELA AUSÊNCIA DE HABILITAÇÃO DO SEGURADO PARA CONDUÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR;

M) DE PRÁTICA DE ATOS RECONHECIDAMENTE PERIGOSOS QUE NÃO SEJAM MOTIVADOS POR NECESSIDADE JUSTIFICADA, EXCETUANDO-SE OS CASOS QUE PROVIEREM DA UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADOS, DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;

N) ATOS DOLOSOS, PRATICADOS PELO SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE, DECORRENTES DE VIOLAÇÃO DE LEIS OU NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS OU COMERCIAIS, QUE REPRESENTEM NEXO CAUSAL COM O EVENTO GERADOR DO SINISTRO;

O) DE QUAISQUER PAGAMENTOS, MESMO EM CONSEQUÊNCIA DE EVENTO COBERTO, DECORRENTES DE DANOS MORAIS E DANOS ESTÉTICOS, E DE LUCROS CESSANTES RESULTANTES DA PARALISAÇÃO, TEMPORÁRIA OU DEFINITIVA, DAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS DO SEGURADO EM VIRTUDE DA OCORRÊNCIA DE QUALQUER RISCO COBERTO E INDENIZÁVEL.

4.2. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

4.2.1. NÃO ESTARÃO COBERTOS OS DANOS E AS PERDAS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVÁ-LO COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. INCLUSÃO DO SEGURADO

6.1. A inclusão dos segurados na apólice coletiva é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo exigido para análise de aceitação o preenchimento de proposta de adesão, o questionário de avaliação de risco, podendo ser compulsória ou facultativa, e a assinatura do proponente ou de seu representante legal.

7. CARÊNCIA

7.1. Além da carência legalmente prevista de 2 (dois) anos para suicídio, poderá ser aplicada uma carência de no mínimo 30 (trinta) dias e não poderá exceder metade do prazo de vigência prevista pelo certificado.

7.2. O prazo de Carência será contado a partir da data de início de vigência da Cobertura individual de cada Segurado ou da solicitação de aumento de Capital Segurado, ou ainda, da solicitação de inclusão de Cobertura.

7.3. No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

7.4. Não há carência quando ocorrer a renovação do Seguro e em sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais, exceto no caso de tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.

7.5. Nos casos de preenchimento do Questionário de Avaliação de Risco, a carência poderá ser dispensada após análise e aceitação do Risco.

7.6. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da Carência.

7.7. Ocorrendo o Sinistro durante o prazo de carência, o valor do prêmio pago será entregue pela Seguradora ao(s) Beneficiário(s), deduzidos os impostos incidentes.

7.8. Haverá carência para suicídio tentado ou consumado nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do certificado de seguro individual.

7.9. Não haverá prorrogação de vigência resultante da aplicação da Carência.

8. FRANQUIA

8.1. Não será aplicado nenhum tipo de franquia as Coberturas de Morte e Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA:

9.1.1. A contratação ou alteração da Apólice se dará mediante apresentação da Proposta de Contratação, preenchida e assinada pelo representante legal do Proponente Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), e/ou pelo Corretor de seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do seguro.

9.1.2.1. O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta de Contratação.

9.1.2. Na Proposta, deverão ser prestadas pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) todas as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o Questionário de Análise de Risco que lhe submeta a Seguradora, sob pena de perda do direito a qualquer indenização, na forma prevista pela CLÁUSULA 21 - PERDA DE DIREITOS.

9.1.3. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da Proposta de Contratação, de alteração ou renovação, para avaliar o risco e então aceitá-la ou recusá-la.

9.1.4. A Seguradora, dentro do prazo estabelecido no item anterior, poderá solicitar esclarecimentos, documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido, reiniciando-se a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.

9.1.5. A recusa da Proposta será comunicada pela Seguradora ao Proponente Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.

9.1.6. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto na Cláusula 9.1.3, respeitada as condições de interrupção, caracterizará a aceitação tácita da Proposta.

9.1.7. A aceitação do Contrato coletivo se formalizará com a emissão da Apólice de seguro pela Seguradora no início do Contrato, e em cada renovação, e, eventual alteração na Apólice vigente se formalizará com a emissão do competente Endosso, em até 30 (trinta) dias, a partir da data de aceitação da Proposta de Contratação.

9.1.7.1. A data de aceitação da Proposta será:

I. A data de emissão/disponibilização da Apólice; ou

II. A data de término do prazo previsto na Cláusula 9.1.3, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.

9.1.8. Não se presume que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta, do Questionário de Avaliação do Risco, nem daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma estipulada na CLÁUSULA 24 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE.

9.1.9. É admitida a contratação do Seguro por meios remotos.

9.1.10. É vedada a contratação ou alteração do seguro através de procuração.

9.2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL:

9.2.1. A contratação ou alteração do seguro se dará mediante apresentação de Proposta de Adesão assinada pelo Proponente, seu representante e/ou por Corretor de Seguros, após o conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do seguro.

9.2.2. O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta.

9.2.3. Na Proposta de Adesão deverão ser prestadas pelo potencial Segurado todas as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o Questionário de Análise de Risco que lhe submeta a seguradora, sob pena de perda do direito a qualquer indenização, na forma prevista pela CLÁUSULA 21 - PERDA DE DIREITOS.

9.2.3.1. A Proposta de Adesão poderá vir acompanhada do Questionário de Avaliação do Risco.

9.2.3.2. O Proponente e os terceiros intervenientes no contrato, ao responderem ao Questionário de Avaliação de Risco, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

9.2.3.3. Adicionalmente, na Proposta, deverão ser fornecidas à Seguradora as seguintes informações cadastrais:

a) Pessoa Física:
a.1) nome completo;
a.2) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/ME;
a.3) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;
a.4) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal;
a.5) número de telefone e código DDD;
a.6) estado civil;
a.7) profissão;
a.8) renda mensal; e
a.9) enquadramento na condição de Pessoa Politicamente Exposta, se for o caso.

b) Pessoa Jurídica:
b.1) a denominação ou razão social;
b.2) atividade principal desenvolvida;
b.3) número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;
b.4) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;
b.5) informações acerca da situação patrimonial e financeira.
b.6) as informações do Item a para controladores até o nível de pessoa natural, principais administradores e procuradores;
b. 7) as informações do Item a para beneficiários finais.

9.2.3.4. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e da hora de seu recebimento, desde que satisfeitos todos os requisitos formais necessários.

9.2.3.5. A Seguradora poderá recusar o fornecimento de protocolo para a Proposta que não

satisfaça a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, previamente à sua análise, devolvendo-a para o atendimento das exigências pendentes.

9.2.4. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da proposta de adesão, de alteração ou renovação, para aceitá-la ou recusá-la.

9.2.5. A Seguradora, dentro do prazo estabelecido para aceite ou recusa da proposta, poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da proposta. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido, reiniciando-se a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.

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

9.2.7. A recusa do risco será comunicada pela seguradora ao Proponente ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.

9.2.8. A ausência de manifestação da seguradora por escrito no prazo previsto no item 9.2.4, respeitadas as condições de suspensão caracterizará a aceitação tácita da proposta.

9.2.9. O pagamento do Prêmio não caracterizará a aceitação automática da Proposta de Adesão.

9.2.10. Na hipótese de apresentação de Proposta de Adesão com pagamento antecipado de Prêmio, total ou parcial, o período de vigência da Apólice será considerado iniciado a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora, em cobertura provisória, até que a Seguradora aceite, ou não, o risco.

9.2.10.1. Fica estabelecido que a garantia provisória oferecida a partir do recebimento da Proposta com o adiantamento do Prêmio não obriga a Seguradora a aceitar definitivamente a referida Proposta.

9.2.10.2. Em caso de recusa da Proposta, a cobertura securitária permanecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o Proponente, seu representante legal, ou o Corretor de Seguros tiver conhecimento formal da recusa.

9.2.11. Formalizada a recusa, o valor do adiantamento a que se refere a Cláusula **9.2.10** deverá ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela "*pro rata temporis*" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura e do valor das despesas de contratação.

9.2.12. A aceitação da Proposta de Adesão, alteração ou renovação se formalizará com a emissão do Certificado Individual de seguro pela Seguradora no início do contrato e em cada renovação, em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data da aceitação da Proposta.

9.2.13. A data de aceitação da Proposta será:

I. A data de emissão/disponibilização do Certificado Individual; ou
II. A data de término do prazo previsto na Cláusula 9.2.4, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.

9.2.14. Se o Segurado desejar alterar as condições contratadas, deverá solicitá-lo por escrito à Seguradora com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

9.2.15. A alteração será considerada efetuada somente após manifestação formal da Seguradora aceitando a alteração pedida pelo Segurado ou pelo Estipulante ou Subestipulante (se houver). A simples solicitação não caracterizará, por si só, a aceitação pela Seguradora, que terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa do risco, observado o disposto no item 9.2.4 desta cláusula.

9.2.16. Serão considerados como pendentes, sem início de contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.

9.2.17. É vedada a contratação ou alteração do seguro por meio de procuração.

9.2.18. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

9.2.19. 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.

9.2.20. A cada segurado aceito será enviado um certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

10.1. A vigência da cobertura individual, nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, **sem pagamento de prêmio**, terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data da recepção da proposta pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, e vigorará pelo prazo determinado na proposta de adesão ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes.

10.2. A vigência da cobertura individual, nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, **com adiantamento de valor** para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da recepção da proposta de adesão pela seguradora e vigorará pelo prazo determinado na proposta de adesão ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes.

10.3. 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.

10.4. A vigência individual será renovada automaticamente, uma única vez, por mais um período igual ao contratado inicialmente, conforme o período de vigência e renovação da apólice disposto na na Cláusula 11 – VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE.

10.5. Respeitado o período correspondente ao Prêmio pago, a Cobertura Individual de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada ou cancelada, conforme previsto nas Condições Contratuais.

10.6. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual aos segurados.

11. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE

11.1 O início e término de Vigência do Seguro será às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na Apólice, nos certificados individuais e Endossos.

11.2 O prazo de Vigência do Seguro será estabelecido no Contrato de Seguro, Certificado Individual e também na Apólice, quando couber, sendo renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora, o estipulante ou o segurado, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias da data de renovação,

comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.

11.3 A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

11.4 A renovação da Apólice posteriores à primeira não será automática e poderá nos termos da CLÁUSULA 9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DO SEGURO.

11.5 Em caso de desinteresse em renovar o seguro, o Segurado deverá comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade ao Estipulante/Subestipulante (se houver), para que este comunique a Seguradora.

11.6 Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique ônus ou deveres adicionais aos Segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do Grupo Segurado.

11.7 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.**

11.8 A renovação ou a prorrogação do seguro, quando não automática ou se implicar alteração de conteúdo de cobertura ou financeiro mais favorável aos segurados e aos beneficiários, poderá ser intermediada por outro Corretor de Seguro, de livre escolha do Estipulante e/ou Subestipulante (se houver).

11.9 Para as Apólices vigentes há menos de 10 anos, o desinteresse na renovação será comunicado mediante aviso prévio em até 30 (trinta) dias antes do término da Vigência da Apólice; e

11.10 Para as Apólices renovadas sucessiva e automaticamente por mais de 10 (dez) anos, o desinteresse na renovação será comunicado mediante aviso prévio de no mínimo 90 (noventa) dias antes do término da Vigência da Apólice.

11.11 ALTERAÇÃO

11.11.1. Nenhuma alteração deste contrato é válida se não foi feita por escrito por meio de aditamentos ou endossos emitidos pela seguradora com a concordância do estipulante.

11.11.2. As alterações durante a vigência da apólice não previstas nas condições contratuais que impliquem em ônus ou constituam novas obrigações os segurados ou a redução de seus direitos dependerão da anuência expressa de segurados que representem no mínimo ¾ (três quartos) do grupo segurado.

11.11.3. Quando não prevista no contrato anterior, a modificação do conteúdo dos seguros coletivos sobre a vida e a integridade física, em caso de renovação, dependerá da anuência expressa de segurados que representem pelo menos ¾ (três quartos) do grupo segurado ou seu(s) representante(s).

12. CAPITAIS SEGURADOS

12.1. O capital segurado contratado para cada uma das coberturas será estabelecido na apólice e nos respectivos certificados individuais do seguro. O capital segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de evento coberto, respeitando as condições contratuais e os limites estabelecidos para cada cobertura contratada.

12.1.1. Os capitais segurados do segurado dependente, quando for possível sua inclusão no seguro, em quaisquer coberturas, não pode ser superior ao do segurado principal.

12.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação da responsabilidade da seguradora e do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data de falecimento do segurado, em caso de morte natural, ou a data do acidente, em caso de morte acidental.

12.4. No que tange à Cobertura de Funeral, **o reembolso está condicionado à apresentação da Nota Fiscal e limita-se ao valor máximo do capital segurado contratado.**

12.5. Para os segurados menores de 14 (quatorze) anos, o valor da cobertura com o serviço funerário será equivalente ao valor total das despesas com este serviço, limitado ao capital segurado contratado.

13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

13.1. Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos capitais segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado individual vigente. Se aceitos pela seguradora, os novos capitais segurados terão início de vigência no 1º (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 e do questionário de avaliação de risco, iniciando-se nova carência de 02 (dois) anos para o valor aumentado, para hipótese de suicídio.

13.2. Para os segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento espontâneo dos respectivos capitais segurados. Nestes casos, os capitais segurados serão atualizados anualmente pelo índice previsto na CLÁUSULA 14 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOou qualquer outro índice que por disposição legal venha a substituí-lo.

13.3. O estipulante fica ciente que, para o aumento espontâneo do capital segurado, o segurado deverá estar em boas condições 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 ao estipulante e/ou subestipulante e/ou segurado.

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

13.5. Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional.

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

14.1. O índice utilizado para atualização monetária, em moeda nacional, será o IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

14.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o IGP–M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.

14.2. A atualização monetária, com base na variação do índice estabelecido no item 14.1 desta cláusula será devida para as seguintes situações:

14.2.1. O capital segurado e o prêmio do seguro serão atualizados monetariamente anualmente, na data de aniversário da contratação do certificado individual do seguro, **ou** segundo outros fatores objetivos, conforme critério constante no contrato do seguro para fixação da escala de capitais.

14.2.2. Os valores referentes às contratações com vigência igual ou inferior a um ano não serão atualizados monetariamente.

14.2.3. As atualizações de capitais segurados se aplicarão a todos os segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para componentes ativos.

14.2.4. A atualização monetária 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.

14.2.5. Quando houver pagamento de prêmio único ou a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados deverão ser atualizados pelo índice pactuado, até a data da ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, desde a data da última atualização do prêmio.

14.2.6. Caso haja atraso no pagamento do capital segurado ou do prêmio de seguro, o valor devido será atualizado com base na variação positiva do IPCA/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acrescido de multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido corrigido monetariamente, e de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados desde a data do evento coberto até a data do efetivo pagamento (no caso de sinistro), e desde a data do vencimento da parcela vencida (em caso de atraso do prêmio). Nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização. Os juros moratórios serão calculados “Pro Rata Temporis”, contados a partir do primeiro dia útil posterior a data definida para cada previsão até a data do seu efetivo pagamento.

14.3. Os valores referentes às contratações com vigência igual ou inferior a um ano não serão atualizados monetariamente.

14.5. 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 devidos.

14.6. Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice estabelecido na Cláusula 14.1, a partir da data em que se tornarem exigíveis até a data da sua efetiva devolução, considerando que:

a) **No caso de Cancelamento do Contrato**: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora;
b) **No caso de Recebimento Indevido de Prêmio**: a partir da data de recebimento do respectivo prêmio;
c) **No caso de Recusa da Proposta**: a partir da data de recebimento do prêmio.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1. O Prêmio do Seguro é periódico e deverá ser pago, pelo Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) de acordo com a modalidade escolhida dentre aquelas disponibilizadas pela Seguradora (mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual), conforme opção indicada na Proposta de Contratação e/ou de Adesão, até a data do vencimento do respectivo documento de cobrança.

15.1.1. O pagamento do Prêmio do Seguro poderá ser realizado de acordo com a forma de cobrança prevista na Proposta de Contratação e/ou de Adesão. Cada pagamento corresponderá ao respectivo período de cobertura.

15.1.2. Se aplicável, a Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, ou ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

15.1.3. Se o Segurado, seu representante, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), ou o Corretor que intermediar a contratação, não receberem o documento de cobrança, seja da parcela única à vista ou de qualquer uma das parcelas (mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, conforme modalidade escolhida) no prazo estabelecido na Cláusula 15.2, deverão solicitar à Seguradora, de forma registrada, instruções para efetuar o pagamento antes da data do seu vencimento.

15.2. A data do vencimento para o pagamento da parcela única ou da primeira parcela do Prêmio, será de no máximo, 30 (trinta) dias, contados da Aceitação da Proposta e/ou de eventuais Endossos.

15.3. Quando a data de vencimento para o pagamento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte.

15.4. Na hipótese de pagamento do Prêmio por meio de débito em conta corrente, a quitação está vinculada à confirmação do débito do valor pela rede bancária, sendo do Segurado ou do responsável pelo pagamento a responsabilidade de autorização do débito junto ao banco escolhido.

15.5. A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO EM CONTA OU EM FATURA DE CARTÃO DE CRÉDITO PODERÁ CARACTERIZAR INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO, SENDO APLICADO O DISPOSTO NA CLÁUSULA 18 –PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE.

15.6. Durante a vigência da Apólice/Certificado Individual, o Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) poderá solicitar a substituição da periodicidade e/ou da forma de pagamento do Prêmio, respeitada e observada a existência de parcela em aberto, que permita a referida alteração.

15.7. A FALTA DE PAGAMENTO DA PARCELA ÚNICA OU DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO RESOLVE AUTOMATICAMENTE E DE PLENO DIREITO O CONTRATO DE SEGURO, INDEPENDENTEMENTE DE QUALQUER INTERPELAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL.

15.8. A FALTA DE PAGAMENTO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA NO PRAZO DEVIDO ACARRETARÁ A COBRANÇA DO PRÊMIO VENCIDO ACRESCIDO DE MULTA DE 2% E JUROS DE MORA CONFORME PREVISTO NA CLÁUSULA 14 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIO, SENDO APLICADO AINDA O DISPOSTO NA CLÁUSULA 18

– PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE E NA CLÁUSULA 21 – PERDA DE DIREITOS.

16. REAVALIAÇÃO DE TAXA

16.1. Anualmente, no aniversário da contratação ou renovação, a seguradora reavaliará, mediante a anuência expressa dos segurados que representem no mínimo ¾ (três quartos) do grupo segurado, as condições e prêmios do seguro, podendo haver as atualizações necessárias conforme condições contratuais e legislação vigente.

16.2. Em caso de reavaliação de taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.

16.3. Qualquer modificação da apólice em vigor 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 ¾ (três quartos) do grupo segurado.

17. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

17.1. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

17.2. A cobertura individual de cada segurado cessará, sem qualquer restituição de prêmio:

- Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante e/ou subestipulante (se houver);
- Quando o segurado solicitar por escrito à seguradora sua exclusão da apólice;
- Quando o segurado, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), deixar de contribuir com sua parte no prêmio conforme Cláusula 15 – PAGAMENTO DE PRÊMIO e Cláusula 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE;
- Com a ocorrência da morte do segurado;
- Com a não renovação ou cancelamento da apólice, **respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago** nos itens 11 – VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, destas condições

gerais; e

- Quando terminar o período de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitando o prêmio de seguro efetivamente pago.
- **Com o pagamento do capital segurado contratado, quando a cobertura prever a exclusão do segurado da apólice contratada;**
- **Se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 21 – PERDA DE DIREITOS;**
- **No caso de cessação da condição de dependente do segurado principal;**
- **Com o CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA por quaisquer das situações previstas na Cláusula 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO;**
- **Quando houver dolo, fraude ou tentativa de fraude comprovadamente praticada pelo segurado na adesão ao seguro ou durante a sua vigência, ou, ainda, para a obtenção ou majoração da indenização;**
- **A qualquer tempo, com a concordância recíproca das partes contratantes.**

18. PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE

18.1.Quando o prêmio de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira não for pago até a data

do seu vencimento, as Coberturas do Seguro permanecerão vigentes pelo prazo de tolerância de 60 (sessenta) dias.

18.1.1. Durante o prazo de tolerância estarão cobertos os sinistros ocorridos, mas o pagamento da indenização ficará condicionado ao recebimento do(s) prêmio(s) devido(s), podendo a Seguradora abater o(s) respectivos(s) valor(es) devido(s) da indenização. Serão aplicados no(s) prêmio(s) devido(s) os encargos previstos na CLÁUSULA 14 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.

18.2. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA O SEGURADO SERÁ NOTIFICADO PARA PAGAR A(S) PARCELAS EM ATRASO COM OS ENCARGOS DEVIDOS, SENDO ADVERTIDO QUE O NÃO PAGAMENTO ATÉ O PRAZO INDICADO ACARRETARÁ O CANCELAMENTO DO SEGURO.

18.3. APÓS A NOTIFICAÇÃO E ENCERRADO O PRAZO DE TOLERÂNCIA, SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO, O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO.

18.4. A APÓLICE DE SEGURO PODERÁ SER RESCINDIDA A QUALQUER TEMPO, DESDE QUE COM A CONCORDÂNCIA RECÍPROCA DAS PARTES CONTRATANTES. A SEGURADORA RETERÁ, ALÉM DOS EMOLUMENTOS, O PRÊMIO RECEBIDO DE FORMA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO DA VIGÊNCIA.

18.5. O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO, SEM QUALQUER RESTITUIÇÃO DE PRÊMIO E EMOLUMENTOS:

18.5.1. QUANDO HOUVER FRAUDE OU TENTATIVA DE FRAUDE COMPROVADAMENTE PRATICADA PELO SEGURADO, SEU REPRESENTANTE LEGAL OU BENEFICIÁRIO NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO OU DURANTE A SUA VIGÊNCIA, OU AINDA, PARA OBTENÇÃO OU PARA MAJORAÇÃO DA INDENIZAÇÃO;

18.5.2. NA OCORRÊNCIA DE QUAISQUER DAS SITUAÇÕES PREVISTAS NA CLÁUSULA 23 – PERDA DE DIREITOS, SALVO NOS CASOS EM QUE NÃO HAJA MÁ-FÉ E QUE A SEGURADORA OPTE PELA CONTINUIDADE DO SEGURO;

18.5.3. PELA INOBSERVÂNCIA DAS OBRIGAÇÕES CONVENCIONADAS NA CLÁUSULA 28 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE, INCLUSIVE QUANTO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO;

18.5.4. NO FINAL DO PRAZO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, SE ESTA NÃO FOR RENOVADA;

18.5.5. COM O PAGAMENTO TOTAL DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, QUANDO A COBERTURA INDENIZADA PREVER, EM SUAS CONDIÇÕES ESPECIAIS, A EXTINÇÃO DA APÓLICE CONTRATADA; e

18.5.6. COM O FALECIMENTO DO SEGURADO TITULAR.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido no item 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE, 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 já paga do prêmio.

19.2. Havendo o desejo por parte do segurado 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.

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

19.4. A **Apólice poderá ser cancelada automaticamente e sem restituição dos prêmios pagos, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade:**

a) mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado e respeitando o aviso prévio de 60 (sessenta) dias;

a.1) 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 Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;

b) No final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;

c) Pelo atraso no pagamento do Prêmio conforme disposto na CLÁUSULA 18 – PRAZO DE TOLERÂNCIA, INADIMPLÊNCIA E CANCELAMENTO DA APÓLICE destas Condições Gerais;

d) Na hipótese do Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), o Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante toda sua vigência, ou ainda se restar constatado que tiveram o fim de obter ou majorar a Indenização;

e) Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo(s) estipulante(s), subestipulante(s) e/ou preposto, devidamente comprovada na contratação do seguro, durante a sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização;

f) Se constatada uma das hipóteses previstas na CLÁUSULA 21 – PERDA DE DIREITOS; e

g) Pelo descumprimento de qualquer cláusula/condições das Condições Contratuais da Apólice.

19.5. A Apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

20. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

20.1. REGULAÇÃO DE SINISTROS

20.1.1. Ocorrendo qualquer um Sinistro, o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou seu(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicar imediatamente a seguradora, fornecendo, juntamente com o Aviso de Sinistro, todas as informações disponíveis sobre sua causa e consequências e documentação básica prevista na Cláusula 20.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

20.1.2. Caso a documentação apresentada no Aviso de Sinistro seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, que faça referência a outros documentos e fatos não disponibilizados, a Seguradora informará ao Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a lista de documentos faltantes e necessários à Regulação do Sinistro.

20.1.3. Uma vez cumprida pelo Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a obrigação de fornecer todos os documentos e informações previstas na Cláusula 20.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s), a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias, conforme previsto nas Condições Especiais da Apólice, para concluir a Regulação do Sinistro e se manifestar sobre a existência de cobertura securitária, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.

20.1.4. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o regulador de Sinistro poderão solicitar outras informações e/ou documentos complementares, além daqueles elencados como documentação básica prevista na Cláusula 20.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

20.1.5. Neste caso, a contagem do prazo para a manifestação sobre a cobertura será suspensa, e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

20.1.6. Nos sinistros em que a importância segurada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, a contagem do prazo poderá ser suspensa por apenas 1 (uma) única vez. Para os demais casos, a suspensão poderá ocorrer por no máximo 2 (duas) vezes.

20.1.7. A não entrega dos documentos básicos previstos na Cláusula 20.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e/ou complementares solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará o encerramento da Regulação do Sinistro sem pagamento de Indenização. Nessa hipótese, a Regulação do Sinistro poderá ser retomada a qualquer tempo, desde que apresentados os documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto em lei.

20.1.8. A Seguradora poderá exigir atestados, certidões de autoridades competentes ou cópia da certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.

20.1.9. Correrão por conta da Seguradora as despesas com a Regulação do Sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos básicos previstos na Cláusula 20.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e dos documentos complementares porventura solicitados.

20.1.10. Os atos e providências praticados pela Seguradora na execução dos procedimentos de Regulação e liquidação do Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento de cobertura securitária.

20.1.11. Encerrada a Regulação do Sinistro, caso a Seguradora conclua que não há cobertura securitária para o Sinistro, o Segurado ou Beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias.

20.1.12. A Seguradora poderá apresentar fundamentos adicionais para a negativa da cobertura, caso venha a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia ou caso a negativa seja baseada na ausência ou insuficiência de documentos.

20.1.13. A Regulação e a Liquidação do Sinistro poderão ser realizadas simultaneamente quando possível

20.2. DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA A REGULAÇÃO DE SINISTROS

20.2.1. Para a análise e regulação do Sinistro, o Segurado, o(s) beneficiário(s) ou seu(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) apresentar, no Aviso de Sinistro, os documentos abaixo relacionados:

a) **Cópia do RG/RNE e CPF do segurado e da pessoa que sofreu sinistro;**

• **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;**

• **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 RG/RNE e CPF do beneficiário**

c) **Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e da pessoa que sofreu o sinistro. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado;**

d) **Comprovante de vínculo empregatício, cópia dos 3 (três) últimos holerites, ficha de registro de empregado e rescisão contratual do(a) segurado(a), se cabível;**

e) **Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro – Pessoa Física devidamente preenchido.**

e) Certidão e declaração de óbito do segurado.

f) **Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – B.O., se cabível;**

g) **Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, se acidente automobilístico e o segurado for o condutor, se cabível;**

h) **CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante período de trabalho), se cabível;**

i) **Cópia do Laudo Necroscópico do IML – Instituto Médico Legal, se cabível;**

j) **Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente, se cabível;**

k) **Cópia dos Laudos de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o(a) segurado(a) tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente), se cabível.**

l) **Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s). Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado:**

i. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):

· **Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);**

· **Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s);**

m) **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;**

n) **Em caso de companheira(o), enviar Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o(a) companheiro(a) seja dependente do(a) segurado(a).**

a) **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:**

· **Na falta dos filhos indicar o nome dos pais, na falta, a dos avós, e na falta desses os dos irmãos do(a) segurado(a);**

· **Em caso de falecimento de um dos herdeiros (descendente ou ascendente) deverá ser encaminhado a certidão de óbito atualizada.**

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

20.2.3. No caso de falecimento dos filhos, além dos documentos descritos no item acima, deverá ser enviada a Certidão de Nascimento.

20.2.4. Eventuais despesas e encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão a cargo da seguradora.

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.

20.2.5. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos exigidos para habilitação do(s) beneficiário(s) correrão por conta dos interessados no pagamento de eventual capital segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

20.2.6. Independentemente dos documentos exigidos pela seguradora nas condições especiais de cada cobertura, esta poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação para apurar comprovação ou não do evento.

20.2.7. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica no segurado a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

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

20.2.9. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade/invalidez relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.

20.2.10. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.**

20.2.11. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

20.2.12. O não comparecimento do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem. Se ficar comprovado que uma das partes impediu intencionalmente a realização de nova junta, esta deverá arcar com todas as despesas da nova, salvo convenção em contrário.

20.2.13. A seguradora não aceitará que seja nomeado como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

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

20.2.15. O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

20.2.16. Não será aceito, para fins do pagamento do capital segurado, relatório emitido por médico que seja próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.

20.3. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

20.3.1. Confirmada a existência de cobertura securitária para o Sinistro a Seguradora providenciará a prestação do serviço ou reembolso ou o pagamento do Capital Segurado conforme cobertura contratada, deduzida a Franquia estipulada na Apólice, se existente.

20.3.2. Em caso de Sinistro amparado por mais de uma cobertura, serão deduzidas a Franquia correspondente a cada cobertura individualmente, quando houver.

20.3.3. O Segurado ou Beneficiário deverá apresentar à Seguradora, todos os documentos previstos na Cláusula 20.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

20.3.4. Caso a documentação apresentada seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, faça referência a outros fatos ou documentos não disponibilizados, a Seguradora enviará ao Segurado ou Beneficiário a lista de documentos faltantes e necessários à Liquidação do Sinistro.

20.3.5. Uma vez cumprida a obrigação de fornecer todos os documentos e informações solicitadas, realizada a regulação e reconhecida a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização no prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente**.**

20.3.6. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o liquidante do Sinistro poderão solicitar outros documentos e/ou informações complementares.

20.3.7. Neste caso, a contagem do prazo aplicável será suspensa por 01 (uma) única vez, e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

20.3.8. Se, após o pagamento do capital segurado, a Seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descaracterize o direito do Segurado ou do Beneficiário ao seu recebimento, esta poderá requerer a devolução dos valores pagos indevidamente e dos demais gastos incorridos em decorrência do Sinistro.

20.3.9. Para a Cobertura de auxílio funeral o valor a ser reembolsado aos beneficiários será igual ao valor da Nota Fiscal, limitado ao valor do capital segurado respectivo vigente na data do evento. Para as coberturas cujo a indenização não é feito por reembolso, a indenização será igual ao capital segurado contratado.

20.3.10. Havendo comprovação de má-fé ou fraude, o beneficiário deverá reembolsar à seguradora todo o valor correspondente às despesas gastas com o funeral do segurado.

20.3.11. 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.

20.3.12. As providências ou os atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiários 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.

20.3.13. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

20.3.14. Se houver pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado, o seguro será automaticamente extinto.

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

21. PERDA DE DIREITOS

21.1. Além dos casos previstos em lei, na Apólice e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) contratada(s), o Segurado ou Beneficiário(s) perderá(ão) o direito a qualquer indenização, bem como terá o seguro cancelado, obrigando-se ao pagamento do Prêmio vencido e das despesas efetuadas pela Seguradora, se:

21.1.1. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), agravar(em) intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro.

21.1.1.1. Será relevante o agravamento que resulte no aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco coberto ou da severidade dos efeitos de realização deste risco.

21.1.2. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), dolosamente ou culposamente, deixar de comunicar o relevante agravamento de risco à Seguradora tão logo dele tome conhecimento, fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada.

21.1.2.1. Ciente do agravamento, a Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, manifestar-se nos termos da regulamentação em vigor.

21.1.3. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), por si ou seu representante legal, deixar de fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação do prêmio conforme questionário que lhe submeta a Seguradora.

21.1.3.1. Se o descumprimento for doloso, perderá a garantia, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio e das despesas efetuadas pela Seguradora.

21.1.3.2. Se o descumprimento for culposo, a Seguradora poderá, diante dos fatos não revelados:

21.1.3.2.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

21.1.3.2.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

a) caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado acrescido da diferença cabível; ou

b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

21.1.3.2.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

21.1.4. O Estipulante e/ou Subestipulante, o Segurado ou Beneficiário(s), por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), deixar(em) de comunicar à Seguradora a ocorrência de qualquer sinistro ou da iminência de seu acontecimento, tão logo tome conhecimento, ou de prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela Seguradora.

21.2. Além das hipóteses de perda de direitos acima mencionadas nesta Cláusula, o Segurado e/ou Beneficiário também perderá(ão) o direito a qualquer indenização se o Estipulante e/ou Subestipulante, o Segurado ou Beneficiário(s), por si ou por seu(s) representante(s) legal(is):

21.2.3. Deixar(em) de cumprir qualquer obrigação convencionada na Apólice, nas Condições Gerais e/ou Especiais deste seguro;

21.2.4. O sinistro decorrer de atos ilícitos dolosos ou de culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal e/ou financeiro de um ou de outro.

21.2.5. Por qualquer meio, procurar(em) obter, mediante tentativa de fraude ou fraude consumada, benefícios indevidos, tanto na contratação do seguro, quanto durante a sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização.

22. BENEFICIÁRIOS

A) COBERTURA DE MORTE

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

22.2. Na falta de indicação expressa de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do segurado.

22.2.1. Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

22.2.2. Se não houver beneficiários indicados ou legais, o valor será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência

22.2.3. Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

22.3. Para efeito desse seguro, o(a) companheiro(a) será equiparado(a) ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o segurado era solteiro, viúvo ou separado de fato.

22.4. Em caso de falecimento do único beneficiário indicado antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, o capital segurado será pago

aos beneficiários legais, conforme o item 22.2.

22.5. Em caso de falecimento de um dos beneficiários indicados antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, haverá a distribuição do capital segurado destinado ao beneficiário pré-morto entre os demais beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pelo segurado a cada um, de forma a preservar a sua manifestação de vontade.

22.6. 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 do item 9.5, considerando que o beneficiário comoriente não adquire direito ao capital segurado.

22.7. O segurado pode, a qualquer tempo, substituir o beneficiário, mediante encaminhamento de formulário devidamente preenchido e assinado, nomeando os novos beneficiários.

22.7.1. Qualquer alteração de beneficiário somente terá validade 24 (vinte e quatro) horas da data de protocolo na seguradora do formulário efetivamente assinado pelo segurado.

22.7.2. 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.

22.8. Em caso de indicação de beneficiário impedido por lei ou que tenha provocado a morte do segurado de forma intencional, ou ainda, na impossibilidade de pagamento ao(s) beneficiário(s) indicado(s), a indenização será paga conforme disposto na lei.

22.9. Não será admitida a indicação ou substituição de beneficiário por procuração.

22.10. CASO NÃO SEJA IDENTIFICADO BENEFICIÁRIO OU DEPENDENTE DO SEGURADO PARA SUBSISTÊNCIA NO PRAZO PRESCRICIONAL DA RESPECTIVA PRETENSÃO, O CAPITAL SEGURADO SERÁ TIDO POR ABANDONADO, NOS TERMOS DO INCISO III DO CAPUT DO ART. 1.275 DA LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002 (CÓDIGO CIVIL), E SERÁ APORTADO NO FUNDO NACIONAL PARA CALAMIDADES PÚBLICAS, PROTEÇÃO E DEFESA CIVIL (FUNCAP).

B) COBERTURA DE INVALIDEZ

22.11. Para todas as coberturas de invalidez, o beneficiário será o próprio segurado.

23. SUB-ROGAÇÃO

23.1. Os capitais segurados devidos em razão de morte ou de perda da integridade física não implicam sub-rogação, quando pagos, e são impenhoráveis. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE (SE HOUVER)

23.2. Sem prejuízo de outras obrigações previstas nestas condições contratuais, ainda, são, obrigações do estipulante e/ou do subestipulante (se houver):

a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo seus dados cadastrais e dos componentes do Grupo Segurável, observados os normativos do órgão regulador e legislação vigente;

b) Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

c) **Fornecer ao segurado ou ao beneficiário, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao seguro contratado;**
d) **Pagar os prêmios de seguro à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;, quando for o caso;**
e) **Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;**
f) **Repassar os prêmios de seguro à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, quando for o caso;**
g) **Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;**
h) **Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro, emitidos para o segurado;**
i) **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;**
j) **Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a avaliação do risco e o pagamento do capital segurado;**
k) **Comunicar de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;**
l) **Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;**
m) **Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, seu CNPJ, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do Estipulante ou Subestipulante (se houver);**
n) **Cumprir todas as cláusulas e Condições Contratuais; e**

23.3. No caso de <u>seguros contributários</u>, é vedado ao estipulante e ao subestipulante (se houver):
a) **Cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;**
b) **Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado;**
c) **Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, por escrito, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;**
d) **Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos.**

23.4. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará **o cancelamento do seguro, conforme previsão existente no item 17.2 da Cláusula 17 – CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO** e sujeita o estipulante ou subestipulante às cominações legais.

23.5. O estipulante e/ou o subestipulante (se houver) deverá, obrigatoriamente, fornecer à seguradora as seguintes informações cadastrais, conforme cláusula 9 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO, subitem 9.2.2.3 deste documento, observadas as condições e prazos da normatização e legislação em vigor.

23.6. Mensalmente, até a data estabelecida no contrato coletivo de seguro, deverá ser enviado à seguradora por meio de arquivo eletrônico as informações necessárias para cálculo do Prêmio/Faturamento, incluindo o nome do segurado, sexo, matrícula, salário, CPF, data de nascimento e data de inclusão, este arquivo deve conter todos os segurados. Caso a movimentação seja enviada após o período estipulado no contrato de seguro, o faturamento será efetuado com base nos dados do período anterior, e o acerto após recebimento dos dados corretos, será efetuado no faturamento do período de competência posterior. De posse dos dados, a seguradora emitirá fatura e respectivo documento de cobrança com data de vencimento estabelecida no contrato do seguro para pagamento.

23.7. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de Prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, ficará o Estipulante obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do Prêmio do seguro de cada Segurado.

23.8. O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) deverá(ão) cumprir as obrigações e os deveres previstos nas Condições Contratuais, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário, bem como assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.

23.9.O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) representa os segurados e os beneficiários durante a formação e a execução do contrato de seguro e responde perante eles e a Seguradora por seus atos e omissões.

23.10. Cabe ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), além de outras atribuições que decorram de lei ou de convenção, assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.

23.11. Salvo disposição em contrário, o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) é o único responsável perante a seguradora pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, inclusive a de pagar o prêmio.

23.12. Na contratação do seguro em favor de terceiro, ainda que decorrente de cumprimento de dever, não poderá ser suprimida a escolha da Seguradora e do Corretor de Seguro por parte do Estipulante e/ou Subestipulante (se houver).

23.13. O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) poderá(ão) substituir processualmente o segurado ou o beneficiário para exigir, em favor exclusivo destes, o cumprimento das obrigações derivadas do contrato.

24. DISPOSIÇÕES FINAIS

24.1. Aos casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicáveis leis, regulamentos e normas relacionados à matéria de seguros no Brasil e a legislação brasileira.

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

24.3. Os prazos prescricionais são aqueles estabelecidos em lei.

24.4. Qualquer modificação da apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa dos segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.

24.5. A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.

24.6. Este plano de seguro é estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, ou seja, os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar todas 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. Sendo assim **não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante ou ao Subestipulante (se houver).**

24.7. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

24.8. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

24.9. Este seguro será 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.**

24.10. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.

24.11. 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.

24.12. 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.

24.13. As Condições Contratuais deste produto protocoladas pela Seguradora junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante na proposta e no Certificado Individual.

25. FORO

25.1. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir eventuais litígios/questões decorrentes do presente contrato.

CONDIÇÃO ESPECIAL
COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Desde que contratado, garante o pagamento antecipado do capital segurado da cobertura de morte, ao próprio segurado, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, ocorrida durante a vigência do seguro e consequente de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 4 – RISCOS COBERTOS – desta condição, excetuando-se os **riscos excluídos** previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

2. GLOSSÁRIO

2.1. Agravo Mórbido: piora de uma doença.

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

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

2.6. Ato Médico: procedimento técnico–profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

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

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

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

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

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

2.12. 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.

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

2.14. Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

2.15. Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo

indeterminado.

2.16. Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantêm ativa apesar do tratamento.

2.17. Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.18. 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.

2.19. Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade.

2.20. Doença Profissional: aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

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

2.22. Etiologia: causa de cada doença.

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

2.24. Hígido: saudável.

2.25.Médico/Médico Assistente: profissional legalmente habilitado para a prática da medicina, de escolha do Segurado, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do Segurado. **A Seguradora não aceitará que seja nomeado como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.**

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

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

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

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

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

2.31. 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.

2.32. Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

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

3. DA COBERTURA

3.1. 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 comprovadas na forma definida nas condições gerais e/ou especiais. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 10 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Considera-se "Risco Coberto" a ocorrência, comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestados 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 doença:**
- 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 60º; ou
- 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.

4.2. 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.

4.3. O IAIF – Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional é composto por doisdocumentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, avalia, por meio de escalas com 03 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

4.4. 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.

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

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

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

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

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, 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) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e

c) Doenças agravadas por traumatismos.

6. CARÊNCIA

6.1. Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido no contrato e de acordo com as definições da CLÁUSULA 7 – CARÊNCIA das Condições Contratuais.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. A idade máxima para adesão à cobertura e permanência sob a mesma será definida no contrato.

8. CAPITAIS SEGURADOS

8.1. Os capitais segurados serão determinados pelo estipulante através do contrato**.**

8.2. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

9. PRÊMIO

9.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica devidamente preenchida e assinada por médico assistente.

10.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

10.3. O Formulário de Aviso de Sinistro deverá ser preenchido e assinado pelo segurado ou por seu representante.

10.4. Em anexo ao Aviso de Sinistro deve ser encaminhada Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

10.5. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 4 – RISCOS COBERTOS.

10.6. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:

a) Cópia do RG/RNE, CPF e comprovante de residência do segurado;

b) Formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente; e

c) 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.**

d) 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.

10.7. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à seguradora 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 voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

10.8. 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.

10.9. 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 ao segurado ou representantes legais os motivos do não pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do estipulante, corretor ou agente captador do seguro.

10.10. O segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

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

11.1. 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.

11.2. 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.

12. PERÍCIA MÉDICA

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

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

13. JUNTA MÉDICA

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

13.2. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

13.4. 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.

14. CANCELAMENTO DO SEGURO

14.1. Desde que efetivamente comprovada, por ser a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da Cobertura de Morte, 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.

14.2. 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.

15. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

15.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença serão de responsabilidade do próprio segurado, 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.

16. DISPOSIÇÃO FINAL

16.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

ANEXO
CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA DE IFPD (ANTECIPAÇÃO DA MORTE)

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) comprovada(s) 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**
	3º GRAU: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, encontrando-se 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?	**20**

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	**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 autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos?	**00**
	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)?	**10**
	3º GRAU: O segurado necessita de assistência mantida para as atividades diárias de higiene e asseio pessoal, assim como para aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?	**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 (quarenta)?	**2**
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso?	**2**
Há curso de recidiva e/ou progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não a disfunção imune?	**4**
Existem mais de 2 (dois) fatores agravantes de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade?	**4**
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevida e/ou refratariedade terapêutica?	**8**

CONDIÇÃO ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – COBERTURA AUTÔNOMA

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Desde que contratado, garante o pagamento do capital segurado, ao próprio segurado, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, ocorrida durante a vigência do seguro e consequente de doença que cause a perda da existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 4 – RISCOS COBERTOS – desta condição, excetuando-se os **riscos excluídos** previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

2. GLOSSÁRIO

2.1. Agravo Mórbido: piora de uma doença.

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

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

2.6. Ato Médico: procedimento técnico–profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução especifica do Conselho Federal de Medicina.

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

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

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

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

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

2.12. 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.

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

2.14. Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

2.15. Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

2.16. Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantêm ativa apesar do tratamento.

2.17. Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.18. 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.

2.19. Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade.

2.20. Doença Profissional: aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

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

2.22. Etiologia: causa de cada doença.

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

2.24.Hígido: saudável.

2.25. Médico/Médico Assistente: profissional legalmente habilitado para a prática da medicina, de escolha do Segurado, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do Segurado. **A Seguradora não aceitará que seja nomeado como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.**

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

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

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

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

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

2.31. 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.

2.32. Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

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

3. DA COBERTURA

3.1. 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 comprovadas na forma definida nas condições gerais e/ou especiais. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 10 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. 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 doença:**
   - 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 60º; ou
   - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) Doençaevoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado; e

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.

4.2. 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.

4.3. O IAIF – Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional é composto por doisdocumentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, avalia, por meio de escalas com 03 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

4.4. 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.

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

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

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

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

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, 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) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e

c) Doenças agravadas por traumatismos.

6. CARÊNCIA

6.1. Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido no contrato e de acordo com as definições da CLÁUSULA 7 – CARÊNCIAS das Condições Contratuais

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. A idade máxima para adesão à cobertura e permanência sob a mesma será definida no contrato.

8. CAPITAIS SEGURADOS

8.1. Os capitais segurados serão determinados pelo estipulante através do contrato.

8.2. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado contratado será realizado sob forma de parcela única.

9. PRÊMIO

9.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica devidamente preenchida e assinada por médico assistente.

10.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

10.3. O Formulário de Aviso de Sinistro deverá ser preenchido e assinado pelo segurado ou por seu representante.

10.4. Em anexo ao Aviso de Sinistro deve ser encaminhada Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

10.5. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 4 – RISCOS COBERTOS.

10.6. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:

a) Cópia do RG/RNE, CPF e comprovante de residência do segurado;

b) Formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente; e

c) 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.**

d) 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.

10.7. 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.

10.8. 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 ao segurado ou representantes legais os motivos do não pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do estipulante corretor ou agente captador do seguro.

10.9. O segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

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

11.1. 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.

11.2. 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.

12. PERÍCIA MÉDICA

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

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

13. JUNTA MÉDICA

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

13.2. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

13.4. 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.

14. CANCELAMENTO DO SEGURO

14.1. Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o pagamento do capital segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta cobertura. Nessa hipótese, os prêmios relativos à cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do capital segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente. A cobertura de morte, assim como as demais coberturas adicionais eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do capital segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, continuarão vigentes, sendo devido o prêmio correspondente.

14.2. Caso não seja comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como a cobertura de morte e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

15. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

15.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença serão de responsabilidade do próprio segurado, 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.

16. DISPOSIÇÃO FINAL

16.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

ANEXO
CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA IFPD (COBERTURA AUTÔNOMA)

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) comprovada(s) 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**
	3º GRAU: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, encontrando-se 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?	**20**

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	**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 autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos?	**00**
	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)?	**10**
	3º GRAU: O segurado necessita de assistência mantida para as atividades diárias de higiene e asseio pessoal, assim como para aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?	**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 (quarenta)?	**2**
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso?	**2**
Há curso de recidiva e/ou progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não a disfunção imune?	**4**
Existem mais de 2 (dois) fatores agravantes de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade?	**4**
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevida e/ou refratariedade terapêutica?	**8**

CONDIÇÃO ESPECIAL
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao próprio segurado, em caso de falecimento de seu cônjuge, ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os **riscos excluídos** previstos nas condições contratuais.

1.1.1. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

1.2. Por esta cláusula suplementar, também farão parte do grupo segurado os cônjuges de todos os segurados, desde que a esse grupo já não pertençam como segurados.

1.3. O cônjuge poderá, também, participar das coberturas descritas nas condições especiais, mediante solicitação na proposta de adesão, e desde que sejam contratadas pelo segurado.

2. CONCEITO

2.1. Cônjuge/Companheiro(a): pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios previstos contratualmente.

3. INCLUSÃO NO SEGURO

3.1. Participarão do presente seguro os cônjuges de todos os segurados.

3.2. Equipara-se ao cônjuge o(a) companheiro(a) do segurado, desde que comprovada à união estável entre ambos, de acordo com a legislação em vigor.

3.3. Os segurados pertencentes a categorias para as quais não são expedidas Carteiras Profissionais de Trabalho podem incluir no seguro os(as) companheiros(as), quando estes(as) estiverem registrado(as) de acordo com regulamentação própria.

3.4. A indicação do cônjuge para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão, ou caso ocorra a inclusão de cônjuge não legalmente habilitado ou, ainda, caso o cônjuge incluso já faça parte do grupo segurado como segurado, não haverá direito à indenização, sendo nesses últimos casos devolvidos os VALORES DO PRÊMIO REFERENTE À INCLUSÃO INDEVIDA DA COBERTURA DE CÔNJUGE.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. De acordo com o disposto no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE

5.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:

- Na data do início da garantia do risco individual do segurado; e
- Na data da inclusão da condição no seguro, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE

6.1. O seguro do cônjuge terminará:

- Com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- Com o cancelamento desta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- Com o término do seguro do segurado principal;
- Com a morte, com a invalidez funcional total e permanente por doença do segurado;
- Na ocorrência de separação judicial ou divórcio;
- No caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR), quando se tratar de companheiro(a); e/ou
- A pedido por escrito do segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O capital segurado do cônjuge incluído automaticamente e as coberturas contratadas serão definidos no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado.

8. PRÊMIO

8.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

9. BENEFICIÁRIO

9.1. A indenização devida por esta condição será paga ao respectivo segurado.

10. CESSAÇÃO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

10.1. Esta cláusula suplementar cessará:

- Facultativamente, no aniversário da apólice, por iniciativa da seguradora ou do estipulante, mediante aviso por escrito com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência; e
- Obrigatoriamente, quando a apólice da qual esta Condição Especial da Cláusula Suplementar é parte integrante for cancelada ou não renovada.

11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Será o disposto nas condições gerais do seguro e de acordo com cada cobertura contratada.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao próprio segurado, em caso de falecimento de seu cônjuge, ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os **riscos excluídos** previstos nas condições contratuais.

1.1.1. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

1.2. O cônjuge poderá, também, participar das coberturas descritas nas condições especiais, mediante solicitação na proposta de adesão, e desde que sejam contratadas pelo segurado.

2. CONCEITO

2.1. Cônjuge/Companheiro(a): pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios previstos contratualmente.

3. INCLUSÃO NO SEGURO

3.1. Participarão do presente seguro os cônjuges dos segurados que expressamente autorizarem/solicitarem sua inclusão de forma facultativa.

3.2. A indicação do cônjuge para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão, ou caso ocorra a inclusão de cônjuge não legalmente habilitado ou, ainda, caso o cônjuge incluso já faça parte do grupo segurado, não haverá direito à indenização, sendo nesses últimos casos devolvidos os VALORES DO PRÊMIO REFERENTE À INCLUSÃO INDEVIDA DA COBERTURA DE CÔNJUGE.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. De acordo com o disposto no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE

5.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

- Na data do início da cobertura do risco individual do segurado, desde que a inclusão de seu cônjuge seja solicitada simultaneamente, mediante análise e aceitação pela seguradora; e
- Quando este não for incluído simultaneamente com o segurado, o início de vigência do risco individual do seguro do cônjuge será a partir da vigência correspondente ao mês da solicitação expressa do segurado.

6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE

6.1. O seguro do cônjuge terminará:

- Com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- Com o cancelamento desta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- Com o término do seguro do segurado;
- Com a morte, com sua invalidez funcional permanente e total por doença do segurado;

- Na ocorrência de separação judicial ou de fato;
- No caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR), quando se tratar de companheiro(a); e/ou
- A pedido por escrito do segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O capital segurado do cônjuge facultativo e as coberturas contratadas serão definidos no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado.

8. PRÊMIO

8.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

9. BENEFICIÁRIO

9.1. A indenização devida por esta condição será paga ao respectivo segurado.

10. CESSAÇÃO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

10.1. Esta cobertura suplementar cessará:

- Obrigatoriamente, quando a apólice da qual esta Condição Especial da Cobertura Suplementar é parte integrante for cancelada ou não renovada.

11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Será o disposto nas condições gerais do seguro e de acordo com cada cobertura contratada.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado em caso de falecimento de algum de seus filhos dependentes, ocorrido durante a vigência do seguro, **excetuando-se os riscos excluídos** previstos nas condições contratuais.

1.1.1. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual, e desde que seja contratada a mesma cobertura para o cônjuge, com inclusão automática na apólice.

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

1.3. 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.

2. CONCEITO

2.1. Entende-se como "filho(s)" o(s) considerado(s) dependente(s) econômico(s) do segurado, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR):

- Filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
- Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
- Filho(a) ou enteado(a) universitário ou cursando escola técnica de 2º (segundo) grau, até completar 24 (vinte e quatro) anos.

2.2. Não podem participar desta cobertura os filhos que façam parte do grupo de segurados.

3. INCLUSÃO NO SEGURO

3.1. Participarão do presente seguro todos os filhos do segurado, desde que estejam em perfeitas condições de saúde.

3.2. A indicação do(s) filho(s) para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado, que se responsabiliza pelo estado de saúde do filho incluído no seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. De acordo com o disposto no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

5.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:

- Na data do início da garantia do risco individual do segurado; e
- Na data da inclusão da condição na Apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

6. TÉRMINO DO SEGURO DOS FILHOS

6.1. O seguro terminará:

- Com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cláusula Suplementar;
- Com o cancelamento desta Condição Especial da Clausula Suplementar;
- Com o término do seguro do segurado;
- Com a morte do segurado, com sua invalidez permanente total por acidente ou com sua invalidez funcional permanente e total por doença; e/ou
- A pedido por escrito do segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O capital segurado da cobertura de morte dos filhos não poderá, em hipótese alguma, ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado.

8. PRÊMIO

8.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

9. BENEFICIÁRIO

9.1. A indenização devida por esta condição será paga ao respectivo segurado**.** Na hipótese de morte simultânea, a indenização será paga aos herdeiros legais.

10. CESSAÇÃO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

10.1. Esta Cláusula Suplementar cessará:

- Obrigatoriamente, quando a apólice da qual esta Condição Especial da Cobertura Suplementar é parte integrante for cancelada ou não renovada.

11. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Será o disposto nas condições gerais do seguro.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o **adiantamento** de um porcentual da cobertura de morte, em caso de morte do segurado, cônjuge ou filhos (se houver), para auxílio nas despesas havidas com o funeral, conforme limites estabelecidos nas condições contratuais.

1.2. Estarão elegíveis a esta condição:
- O segurado; e
- O cônjuge e filhos, se for contratada a cláusula suplementar correspondente.

1.3. Para a utilização desta cobertura o segurado poderá acessar pelos telefones constantes nos documentos encaminhados com as seguintes informações:
- Nome completo; e
- Número do certificado.

1.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada "data do evento coberto" a data de falecimento do segurado, cônjuge ou filhos (se houver), comprovado mediante Certidão de Óbito.

1.5. A concessão do adiantamento para o auxílio funeral não implicará no reconhecimento das demais coberturas do seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. De acordo com o disposto no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

3. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

3.1. Para pagamento da cobertura a pessoa responsável pelo pagamento do funeral deverá enviar os seguintes documentos à seguradora:
- **Certidão de Óbito (cópia autenticada);**
- **RG/RNE e CPF do segurado (cópia autenticada);**
- **RG/RNE, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral (cópia autenticada);**
- **Formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente; e**
- **Notas fiscais e recibos das despesas com o funeral (original).**

3.2. 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).

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

3.3.1. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos esta cobertura 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;
b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

3.4. O valor a ser pago aos beneficiários será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

3.5. 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.

3.6. 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 aos beneficiários ou representantes legais os motivos do não pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do estipulante, corretor ou agente captador do seguro.

4. DISPOSIÇÃO FINAL

4.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

Sede Berrini
Avenida das Nações Unidas, 11.711 • Brooklin
São Paulo • SP • Brasil • 04578-000
www.mapfre.com.br

MAPFRE

CONDIÇÃO ESPECIAL
COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao beneficiário do seguro, em caso de falecimento do segurado ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previsto nas condições contratuais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. De acordo com o disposto no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

3. PRÊMIO

3.1. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

4. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

4.1. Para pagamento da cobertura o beneficiário deverá enviar os seguintes documentos à seguradora:

- **Certidão de Óbito (cópia autenticada);**
- **RG/RNE e CPF do segurado (cópia autenticada);**
- **RG/RNE, CPF e comprovante de residência dos beneficiários (cópia autenticada); e**
- **Formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente.**

4.2. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte dos beneficiários, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para efetuar o pagamento**.**

4.3. O valor a ser pago aos beneficiários será igual ao valor do capital segurado vigente na data do vento.

4.4. 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.

4.5. 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 aos beneficiários ou representantes legais os motivos do não pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do estipulante, corretor ou agente captador do seguro.

5. DISPOSIÇÃO FINAL

5.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE EXCEDENTE TÉCNICO

A apuração do excedente técnico da apólice a ser implantada será realizada de forma anual, pagando lucro para o próximo período de apuração.

A apuração do excedente técnico será efetuada de acordo com a seguinte Cláusula Suplementar:

1. O resultado técnico da apólice será apurado anualmente conforme os critérios mínimos abaixo:

a) Para fins de apuração dos resultados técnicos, consideram-se "receitas":
- Os prêmios de competência correspondentes ao período de apuração e efetivamente pagos, líquidos de IOF;
- O estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

b) Para fins de apuração dos resultados técnicos, consideram-se "despesas":
- As comissões de corretagem pagas durante o período;
- As comissões de agenciamento pagas durante o período;
- Os custos de IOF, COFINS e PIS incidentes sobre a operação de seguros;
- O valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e avisados no período de apuração, considerando-se os pagos e pendentes e computando-se de uma vez os sinistros com pagamento parcelado;
- A reserva de IBNR, apurado conforme as normas técnicas, correspondente aos sinistros ocorridos durante a vigência da apólice e ainda não avisados por ocasião do vencimento da mesma;
- O valor total das despesas de investigação que porventura se fizerem necessárias à regulação dos sinistros avisados no período de apuração;
- Os saldos negativos dos períodos anteriores ainda não compensados;
- As despesas efetivas de administração da seguradora de acordo com o estabelecido no contrato; e
- Outras despesas extraordinárias.

2. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:
- O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- O aviso à seguradora, para sinistros;
- A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- As datas em que incorreram, para as despesas de administração; e
- Outras datas estabelecidas na cláusula de excedente técnico.

3. A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no contrato até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no contrato.

4. A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no contrato, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

5. Nos seguros parcialmente ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida na cláusula de excedente técnico.

6. As condições para o pagamento do Excedente no caso de cancelamento do seguro serão realizadas conforme contrato de seguro entre a seguradora e o estipulante.