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

SEGURO DE PESSOAS COLETIVO
SEGURO DE VIDA – VIDA VOCÊ MULTIFLEX

Condições Contratuais

Versão 2.0

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº 15414.900706/2015-73

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

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS COLETIVO – VIDA 2
1. OBJETIVO DO SEGURO 2
2. GLOSSÁRIO 2
3. COBERTURAS DO SEGURO 8
4. RISCOS EXCLUÍDOS 25
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA 28
6. CARÊNCIA 28
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO 28
8. BENEFICIÁRIOS 29
9. CAPITAL SEGURADO 31
10. CUSTEIO DO SEGURO 31
11. REGIME FINANCEIRO 31
12. PAGAMENTO DE PRÊMIO 32
13. TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO 33
14. REAVALIAÇÃO DE TAXAS 34
15. INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL 34
16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, JUROS MORATÓRIOS E ALTERAÇÃO DE VALORES 35
17. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA 35
18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL 37
19. PERDA DE DIREITOS 38
20. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE 39
21. CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA 39
22. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO 40
23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE 45
24. PROPAGANDA E PUBLICIDADE 46
25. PRESCRIÇÃO 46
26. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 46
27. FORO 47

Seja bem-vindo à MAPFRE Seguros Gerais, uma seguradora acessível, flexível e transparente. A seguir, você encontrará a descrição de nossas Condições Gerais.

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS COLETIVO – VIDA

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir, mediante o recebimento do Prêmio, o pagamento do Capital Segurado ao próprio Segurado ou seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, respeitadas as Condições Contratuais em vigor na data de ocorrência do Evento Coberto, as Coberturas e os limites de Capitais Segurados contratados, **observados os riscos expressamente excluídos.**

2. GLOSSÁRIO

2.1. Aceitação: é a aprovação da Proposta de Contratação do Seguro apresentada à Seguradora pelo Estipulante e/ou Subestipulante ou por intermédio de seu representante legal, e/ou pelo Corretor de Seguros, para a contratação do seguro.

2.2. Acidente Pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e **DIRETAMENTE externo, súbito, involuntário, violento, e CAUSADOR DE LESÃO FÍSICA,** que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, **tenha como consequência DIRETA a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado,** ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se nesse conceito:

a.1) O suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de contratação (ou sua recondução depois de suspenso), que será equiparado, para fins de Indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

a.5) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se do conceito de Acidentes Pessoais:

b.1) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido nesta cláusula.

2.3. Aditivo: equivalente ao endosso, é o termo utilizado para definir instrumento do Contrato de seguro utilizado para proceder as alterações na Apólice.

2.4. 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.

2.5. Agravo Mórbido: piora de uma doença.

2.6. Alienação Mental: distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a **capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais** e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a prática dos atos da vida civil.

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

2.8. Apólice: documento emitido pela 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.

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

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

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

2.12. Ato Médico: procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

2.13. 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.

2.14. Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber o valor do Capital Segurado, respeita(s) a(s) Cobertura(s) contratada(s), na hipótese de ocorrência de Evento Coberto.

2.15. Boa-Fé: princípio fundamental do seguro que obriga as partes a atuar 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.

2.16. Capital Segurado: valor máximo para a Cobertura contratada, vigente na data do Evento Coberto, a ser pago pela Seguradora ao Beneficiário.

2.17. Carência: período, contado a partir da data de Início de Vigência do seguro ou do aumento do Capital Segurado, durante o qual o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao(s) Capital(is) Segurado(s) contratado(s), no caso de ocorrência de Evento Coberto.

Não haverá Carência quando ocorrer renovação do Seguro e em sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências (desde que ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de contratação ou de sua recondução, depois de suspenso), prevista no item 6.1 – CARÊNCIA destas Condições Gerais.

2.18. Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

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

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

2.21. **Cobertura:** risco assumido pela Seguradora, conforme o Contrato de seguro, respeitados os eventos não cobertos e Riscos Excluídos.

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

2.23. **Comoriência:** é a presunção de morte simultânea, quando do falecimento de 2 (dois) ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.

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

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

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

2.27. **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas comuns a todas as coberturas de um mesmo Seguro.

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

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

2.30. **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.

2.31. **Corretor de Seguros:** 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**.**

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

2.33. **Custeio:** responsabilidade de pagamento do Prêmio do seguro. O Custeio será contributário, ou seja, aquele em que os Segurados efetuam o pagamento do Prêmio integralmente.

2.34. **Dados Antropométricos:** no caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

2.35. **Dano Estético:** espécie de dano que se caracteriza por alteração duradoura ou permanente da aparência externa da pessoa, causando-lhe redução ou eliminação de padrão de beleza.

2.36. **Deambular:** ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

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

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

2.39. Doença: toda e qualquer alteração da saúde do Segurado, causada por ação direta ou indireta de agentes mórbidos, de origem interna ou externa em relação ao corpo humano, e que necessite de tratamento Médico.

2.40. Doença Congênita: é a doença adquirida antes do nascimento ou até completar o 6º (sexto) mês de vida resultante da má formação do organismo, seja qual for a sua causa e que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor.

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

2.42. Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

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

2.44. Doença do Trabalho: aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

2.45. Doença e Lesão Preexistente 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**.

2.46. Doença em Estágio Terminal: aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo Médico Assistente.

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

2.48. Doença Profissional: aquela cuja causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional inerente à ocupação de uma pessoa.

2.49. Dolo: vontade conscientemente dirigida ao fim de obter um resultado criminoso ou de assumir o risco de produzi-lo. É considerado, ainda, como ato de má-fé ou fraudulento.

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

2.51. Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

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

2.53. Etiologia: causa de cada doença.

2.54. 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.

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

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

2.57. **Franquia:** período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização.

2.58. **Foro:** âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do Contrato de seguro.

2.59. **Grupo Segurado:** a totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceito e incluído na Apólice coletiva.

2.60. **Grupo Segurável:** a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.

2.61. **Hígido:** Saudável.

2.62. **Impotência Funcional:** é a alteração de função orgânica ou de partes do organismo que gera diminuição da capacidade física ou intelectual ao indivíduo.

2.63. **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.

2.64. **Início de Vigência:** a data a partir da qual as Coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

2.65. **Início de Vigência da Cobertura Individual:** é a data a partir da qual a Seguradora assume a Cobertura dos eventos previstos nestas Condições Gerais para cada Segurado.

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

2.67. **Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do Proponente ou Segurado.

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

2.69. **Médico/Médico Assistente:** profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do Segurado. **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, Companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da Seguradora.**

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

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

2.72. **Nulidade:** ineficácia de um ato jurídico, em virtude de haver sido executado com transgressão à regra legal. É, portanto o ato que não pode produzir qualquer espécie de efeito jurídico.

2.73. **Paciente em Fase Terminal:** considera-se paciente em fase terminal os portadores de doenças ou acidentados com quadro clínico para as quais foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, **sem perspectiva de recuperação** e para os quais **há expectativa de morte iminente, onde as medidas terapêuticas aplicáveis NÃO ensejarão em aumento da sobrevida do paciente, sendo caracterizado como tratamento meramente paliativo.**

2.74. **Parâmetros Técnicos:** a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

2.75. **Período de Cobertura:** prazo de duração durante o qual o Segurado ou o(s) Beneficiário(s), quando for o caso, farão jus aos Capitais Segurados contratados, em caso de ocorrência de Evento Coberto.

2.76. **Prazo de Tolerância:** intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na

ocorrência de evento coberto, o segurado terá direito à Cobertura, mediante a regularização do Prêmio em atraso.

2.77. **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.

2.78. **Prêmio Comercial:** valor correspondente ao Prêmio pago, excluindo-se os impostos.

2.79. **Prêmio Puro:** valor correspondente ao Prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos.

2.80. **Premoriência:** é a morte de uma pessoa ocorrida anteriormente à de uma outra pessoa, que lhe sobrevive.

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

2.82. **Proponente:** pessoa física ou jurídica interessada em contratar o Seguro Coletivo ou a pessoa física interessara em aderir a este Seguro e que apresenta a Proposta de Contratação ou a Proposta de Adesão, conforme o caso.

2.83. **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.

2.84. **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.

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

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

2.87. **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.

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

2.89. **Redução Funcional:** é a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.

2.90. **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 as indenizações decorrentes dos eventos cobertos, ocorridos nesse período, não havendo, portanto, devolução ou resgate de prêmios ao segurado ou ao(s) beneficiário(s) ou ao Estipulante ou ao Subestipulante (se houver).

2.91. **Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

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

2.93. **Reintegração do Capital Segurado:** recomposição do capital segurado relativo a uma ou mais das coberturas contratadas, após o pagamento de uma Indenização, desde que não se trate de cobertura que

preveja o cancelamento da cobertura/apólice.

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

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

2.96. **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.

2.97. **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.

2.98. **Segurado Titular:** é o segurado vinculado por qualquer forma ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver).

2.99. **Segurados Dependentes:** poderá ser o cônjuge ou Companheiro(a) do Segurado Titular, quando incluído no Contrato de seguro pelo Segurado Titular, desde que não seja segurável como Segurado Titular, e/ou ainda, poderá(ão) ser o(s) filho(s) considerado(s) dependente(s) do Segurado Titular de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda, desde que não seja parte integrante do Grupo Segurado. Nas mesmas condições de Cobertura serão incluídos os filhos e menores dependentes do Dependente cônjuge/Companheira, quando estes forem participantes da Apólice pela Cobertura Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge/Companheira e desde que declarados no Imposto de Renda do cônjuge.

2.100. **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..

2.101. **Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

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

2.103. **Sinistro:** ocorrência do evento coberto previsto nas Condições Contratuais, durante o período de Vigência do Seguro.

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

2.105. **Transferência Corporal:** capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

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

2.107. **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.

2.108. **Vigência da Cobertura Individual:** é o período em que, respeitada a Apólice em vigor, o Segurado tem direito à(s) Cobertura(s) do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

Este seguro oferece as seguintes Coberturas, que poderão ser contratadas, **respeitando as regras de conjugação preestabelecidas pela Seguradora, conforme seus respectivos objetivos, Riscos Excluídos específicos, Capital Segurado e demais disposições respectivas de cada Cobertura, e desde que especificadas na Proposta de Adesão e constante no Certificado Individual:**

3.1. Morte: Garante ao Beneficiário o pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado no

caso de morte natural ou acidental do Segurado, observadas as Condições Contratuais, desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.

3.1.1. Esta Cobertura poderá ser contratada isoladamente.

3.1.2. Antecipação de Indenização: Garante o adiantamento de até 100% (cem por cento) 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, conforme definido no item 2.73, ocasionada por doenças ou acidente, cuja data de início da moléstia e de seu diagnóstico, ou acidente, seja posterior à sua inclusão na Apólice e desde que decorrido o prazo de Carência, conforme item 6 – CARÊNCIA e não se trate de risco expressamente excluído na Apólice contratada.

Importante: O Segurado não terá direito à Antecipação de Indenização prevista no item 3.1.2, no caso de contratação e posterior caracterização de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).

3.1.3. A Antecipação de Indenização não se acumula à Cobertura de Morte. Quando liberada a antecipação de indenização equivalente a 100% (cem por cento) do Capital Segurado de Morte, o seguro será automaticamente cancelado após o pagamento da Indenização.

3.2. Decessos: Garante a prestação do serviço ou o reembolso dos gastos com o sepultamento ou a cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado), **até o limite do Capital Segurado contratado para esta Cobertura,** constante na Proposta de Adesão e Certificado Individual, **em caso de falecimento do Segurado, observadas as Condições Contratuais, desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**

3.2.1. Essa Cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

3.2.2. Os serviços especificados neste item 3.2 poderão ser contratados nos padrões Individual ou Familiar.

a) Individual: Fica coberto somente o Segurado Titular;

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

3.2.3. O Beneficiário poderá optar pelo reembolso dos valores efetivamente gastos **OU** pela prestação do serviço de sepultamento e/ou cremação, por meio de rede credenciada à Seguradora, respeitados os limites e critérios estabelecidos no Certificado Individual.

3.2.4. Caso o Beneficiário opte pelo reembolso:

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

b) O reembolso dos gastos suportados será efetuado até o limite do Capital Segurado contratado, observados **os valores efetivamente gastos, mediante comprovação por notas ficais originais ou cópia autenticada, sem rasuras.**

3.2.5. Caso o beneficiário opte pela prestação de serviços:

a) Não caberá qualquer tipo de reembolso;

b) A Seguradora providenciará os serviços funerários e os custos serão pagos diretamente à funerária do município, limitados ao Capital Segurado contratado;

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

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

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

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

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

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

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

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

ii. Irá à funerária do município onde será feito o sepultamento e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e

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

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

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

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

i. Preparará toda a documentação necessária para o traslado do corpo e para o sepultamento em outro município providenciado pela família, **que arcará com a diferença de valores, considerando como limite os que a Seguradora despenderia para o traslado para a moradia habitual do Segurado no Brasil.**

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

f) O valor total da prestação de serviço será limitado ao valor do Capital Segurado contratado.

g) A prestação do serviço não caracteriza direito as demais Coberturas contratadas pelo Segurado. O direito às Coberturas previstas no seguro se dará conforme as Condições Contratuais.

3.2.6. Se, em caso de força maior ou de circunstâncias alheias à Seguradora, for impossível a prestação do serviço de sepultamento ou cremação, a Seguradora ficará obrigada ao reembolso da Cobertura, limitado ao Capital Segurado e aos valores efetivamente gastos.

3.2.7. A família deverá fornecer à Seguradora ou lhe facilitar o acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias do Sinistro. O não cumprimento desta obrigação dará lugar à perda de direito à Cobertura no caso de culpa grave do Segurado.

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

- Urna/caixão;
- Carro para enterro (no município de moradia habitual);
- Carreto/caixão (no município de moradia habitual);
- Serviço assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de

moradia habitual);

- Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual);
- Remoção do corpo/traslado (no município de moradia habitual);
- Repatriamento (até o município de moradia habitual);
- Paramentos (essa);
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- Véu; e
- Um enfeite e uma coroa.

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

3.2.10. Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o Capital Segurado contratado poderá ser insuficiente. **A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAREM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO ESSES DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.**

3.2.11. Cremação: Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade para o município de moradia habitual no Brasil para realização da cremação, **desde que o município de moradia habitual do Segurado possua este serviço.**

3.2.12. Sepultamento: Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada por esta.

3.2.12.1. Não havendo jazigo da família será alugado jazigo pelo o período de até 3 (três) anos em cemitério público, conforme legislação local. E quando não for possível o aluguel em cemitério público, será alugado em cemitério particular, no qual exista acordo com prefeitura local, respeitado o valor do Capital Segurado contratado.

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

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

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

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

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

3.2.15. O limite máximo do reembolso das despesas da Cobertura de Decessos constará no Certificado Individual.

3.2.16. A Cobertura do Segurado cessa:

a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nestas Condições Gerais da Apólice, para cancelamento, não renovação do seguro ou término da Cobertura do seguro;

b) Quando for cancelada esta Cobertura adicional de Decessos a pedido do Segurado.

3.3. Aquisição de Jazigo: Garante ao(s) Beneficiário(s) do seguro o reembolso, **correspondente a, até, o dobro do Capital Segurado contratado na Cobertura de Decessos**, das despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiro, se disponível no local do sepultamento, **em caso de falecimento do Segurado designado no seguro, observadas as Condições Contratuais e desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**

3.3.1. Esta Cobertura só poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Decessos, descrita no item 3.2.

3.3.2. Quando contratado o plano familiar da Cobertura de Decessos, descrita no item 3.2.2, além do Segurado, esta Cobertura é concedida ao cônjuge e filhos. No caso de falecimento do cônjuge ou filho maior de 14 (quatorze) anos, a Seguradora garante o reembolso das despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiro de até o dobro do valor do Capital Segurado contratado na Cobertura de Decessos ao próprio Segurado.

3.3.3. O reembolso será realizado uma única vez no seguro, ou seja, após ter sido realizado, a Cobertura estará automaticamente excluída do seguro.

3.3.4. O limite máximo de reembolso da Cobertura de Aquisição de Jazigo corresponderá a, até, o dobro do Capital Segurado da Cobertura de Decessos**.**

3.3.5. A Cobertura de Aquisição de Jazigo começará a vigorar a partir da data de aceitação do seguro ou do endosso de inclusão da Cobertura, conforme Condições Contratuais do seguro.

3.3.6. A Cobertura do Segurado cessa:

a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nestas Condições Gerais da Apólice, para cancelamento, não renovação do seguro ou de término da Cobertura do seguro.

b) Quando for cancelada a Cobertura de Decessos;

c) Quando for cancelada, a pedido do Segurado, esta Cobertura de Aquisição de Jazigo.

3.4. Morte Acidental (MA): Garante ao Beneficiário o pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado no caso de **morte do Segurado em decorrência de acidente pessoal coberto, observadas as Condições Contratuais, desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**

3.4.1. Esta Cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

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

3.5. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): Garante o pagamento de Indenização ao próprio Segurado **referente à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão** em virtude de lesão física, **causada por acidente pessoal coberto, calculada conforme TABELA PARA O CÁLCULO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE,** constante no item 3.5.4, destas Condições Gerais, **limitado ao valor correspondente a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, observadas as Condições Contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

3.5.1. Essa Cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

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

3.5.3. Após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de Invalidez Permanente, **AVALIADA QUANDO DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA,** a Seguradora pagará ao próprio Segurado, de uma só vez, uma Indenização, de acordo com a **TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR**

ACIDENTE, descrita no item 3.5.4 destas Condições Gerais.

a) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à porcentagem prevista na tabela para a sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da porcentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de redução (máximo, médio ou mínimo), a Indenização proporcional será calculada, respectivamente, na base das porcentagens de 75% (SETENTA E CINCO POR CENTO), 50% (CINQUENTA POR CENTO) e 25% (VINTE E CINCO POR CENTO);

b) Em todos os casos de Invalidez Permanente Parcial não especificados na citada tabela, a Indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão;

c) Quando de um mesmo acidente resultar a invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, **cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado para esta Cobertura. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder à da Indenização prevista para sua perda total;**

d) A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão **já defeituoso antes do acidente** será indenizada, **deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente;**

e) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à Indenização por invalidez permanente.

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

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

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	**DISCRIMINAÇÃO**	**% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA**
TOTAL	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	**100**
	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Mudez incurável	50
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna	25
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	**DISCRIMINAÇÃO**	**% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA**

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Perda Total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda Total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 4 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 3 (três) centímetros	06
	Amputação de qualquer outro dedo	03

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	**DISCRIMINAÇÃO**	**% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA**
	Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 3 (três) centímetros	sem indenização

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, indenização equivalente a ½ (metade), e dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) do respectivo dedo.	

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATOMICA

A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
DIVERSAS	**APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO**	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com fístulas	25
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Unilateral	7
	Lesões da pálpebra	
	Entrópio bilateral	14
	Ptose palpebral bilateral	10
	Entrópio unilateral	7
	Ectrópio bilateral	6
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ectrópio unilateral	3
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda de dois ovários	15
	Perda de dois testículos	15
	Perda do útero depois da menopausa	10
	Perda de um ovário	05
	Perda de um testículo	05
	APARELHO URINARIO	
	Perda de rim único	**75**
	Perda de um rim, com rim remanescente:	
	- Redução da função renal (dialítica)	75
	- Redução da função renal (não dialítica)	50
	- Com função preservada	30

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATOMICA

A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela

INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15

DIVERSAS	**MANDÍBULA**	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
	- Em grau máximo	20
	- Em grau médio	10
	- Em grau mínimo	05
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Perda total do olfato	7
	PESCOÇO	
	Traqueostomia definitiva	40
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total das duas orelhas	16
	Amputação total de uma orelha	8
	TÓRAX	
	Aparelho Respiratório	
	Resecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
	- Com insuficiência respiratória	75
	- Com redução em grau médio da função respiratória	50
	- Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	- Com função respiratória preservada	15
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Mamas (Femininas)	
	Mastectomia bilateral	20
	Mastectomia unilateral	10
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia total	40
	Gastrectomia subtotal	20
	Perda do Baço	**15**
	Fígado	
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Intestino Delgado	
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia	40
	Ressecção parcial	20

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATOMICA		
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	**DISCRIMINAÇÃO**	**% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA**
	Intestino Grosso	
	Colostomia definitiva	40
	Colectomia total	40
	Colectomia parcial	20
	Reto e ânus	

DIVERSAS	Incontinência fecal com prolapso	50
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Retenção anal	10
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	Epilepsia pós-traumática	20
	Síndrome pós-concussional	05
	HÉRNIAS	
	Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40
	Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	20
	Hérnia de Disco Cervical	20
	Hérnia Incisional	20
	Hérnia de Hiato	10
	Hérnia Epigástrica	10
	Hérnia Inguinal ou Inguino Escrotal	10
	Hérnia Umbilical	10

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

3.5.6. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), o Segurado será automaticamente excluído da Apólice.

3.6. Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPA Majorada): Esta Cobertura, se contratada, garante, mediante pagamento de Prêmio adicional, a **elevação do percentual da Indenização de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente para 100%** (cem por cento), em virtude de lesão física, causada por **acidente pessoal coberto para os membros ou órgãos descritos a seguir, observadas as condições contratuais e desde que não se trate de riscos expressamente excluídos:**

a) Perda total do uso de um dos dedos indicadores ..... de 15% para 100%
b) Perda total do uso de um dos polegares.....de 18% para 100%
c) Perda total da visão de um olho .....de 30% para 100%
d) Perda total do uso de uma das mãos.....de 60% para 100%

3.6.1. A Cobertura de IPA Majorada somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

3.6.2. No caso de lesões múltiplas previstas ou não nesta cláusula, a Indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do Capital Segurado desta Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPA Majorada), constante no Certificado Individual vigente.

3.6.3. O Segurado se obriga, em caso de acidente coberto por esta Apólice e sob pena de perder o direito a qualquer Indenização, a submeter-se a exame médico por profissional indicado pela Seguradora, desde que tal medida seja considerada necessária.

3.6.4. A Cobertura de IPA Majorada somente será aplicada aos seguintes profissionais: médicos, dentistas, advogados, músicos, artistas plásticos, escritores, fisioterapeutas, arquitetos, desenhistas técnicos e comerciais, engenheiros. No caso de não comprovação do exercício de tais profissões esta Cobertura será considerada sem efeito, prevalecendo os percentuais originais da Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, descrita do item 3.5.4.

3.6.5. Caso seja devido o pagamento da Cobertura de IPA Majorada, a Indenização desta Cobertura

será acumulada à Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

3.6.6. A Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPA Majorada) não é extensiva aos Segurados Dependentes.

3.6.7. O Capital Segurado desta Cobertura corresponderá a 100% (cem por cento) do Capital Segurado da Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), devendo ser observado o disposto no item 3.6.5 acima.

3.6.8. Esta Cobertura começará a vigorar a partir da data de aceitação do seguro ou do endosso de inclusão de Cobertura, conforme as Condições Contratuais do seguro.

3.6.9. Esta Cobertura cessa:

a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nestas Condições Gerais da Apólice, para cancelamento, não renovação do seguro ou de término da Cobertura do seguro;

b) Quando for cancelada a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);

c) Quando for cancelada, a pedido do Segurado, esta Cobertura adicional de Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPA Majorada).

3.6.10. A regulação do sinistro se dará conforme definido para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente descrita no item 3.5.4. O pagamento da Indenização acarretará a extinção do seguro.

3.7. Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD): Garante, **em caso de evento coberto e desde que o Segurado requeira, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Morte,** caso seja caracterizada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, **consequente de doença que cause a Perda da Existência Independente do Segurado, sob critérios devidamente especificados no item 3.7.7 – Riscos Cobertos pela Cobertura de IFPD, observadas as Condições Contratuais e desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**

3.7.1. Essa Cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

3.7.2. Para todos os efeitos desta cobertura é considerada Perda da Existência Independente do segurado a ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros descritos no item 3.7.7 e documentos devidamente especificados no item 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.

3.7.3. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta Cobertura, os Segurados portadores de doença em estágio terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

3.7.4. Sendo reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, após o pagamento da Indenização desta Cobertura, por ser uma antecipação da Cobertura de Morte, o segurado será automaticamente excluído da Apólice. Neste caso, os Prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado desta Cobertura serão devolvidos, atualizados monetariamente pelo índice previsto nas Condições Contratuais.

3.7.5. Caso não seja comprovada a Invalidez Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais Condições Contratuais, sem qualquer devolução de Prêmios.

3.7.6. Riscos Cobertos pela Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD):

3.7.6.1. Considera-se como Riscos Cobertos pela Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) a ocorrência comprovada **- segundo critérios vigentes à época da regulação do evento coberto e adotados pela classe médica especializada – de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:**

a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";

b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (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 sentido de orientação e ou das funções de dois membros do corpo humano, em grau máximo;

f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) Deficiência visual, decorrente de doença:

i. Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

ii. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

iii. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou

iv. Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;

i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

i. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

ii. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou

iii. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.7.6.2. Demais Riscos Cobertos:

a) Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Anexo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis;

b) O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos);

c) O 1° Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas;

d) Para a classificação no 2° ou no 3° Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas;

e) Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados;

f) O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas;

g) Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

3.7.7. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF:

3.7.7.1. DOCUMENTO 1 – TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS:

ATRIBUTOS	ESCALAS	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 sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º Grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Condições clínicas e estruturais do segurado	**1° 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
	2° Grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3° Grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS

Conectividade do segurado com a vida	**1° Grau:** O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2° Grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3° Grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidadesfisiológicase de subsistência alimentar diárias.	20

3.7.7.2. DOCUMENTO 2 – TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE:

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há imc – índice de massa corporal superior a 40 (quarenta).	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 (dois) fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

3.8. Coberturas Suplementares

3.8.1. Inclusão Facultativa de Cônjuge/Companheiro(a): Garante o pagamento do Capital Segurado contratado para esta Cláusula Suplementar ao Segurado principal ou ao próprio Dependente Cônjuge/Companheiro, mediante pagamento de prêmio específico, desde que preenchida e assinada a Proposta de Adesão pelo próprio Dependente Cônjuge/Companheiro(a), **observadas as Condições Contratuais e não se trate de riscos expressamente excluídos.**

3.8.1.1. Poderão ser contratadas para o Segurado Dependente Cônjuge, as Coberturas de Morte, incluindo a Antecipação de Indenização, prevista no item 3.1.2, Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), **desde que estas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal e estejam especificadas na Proposta de Adesão.**

3.8.1.2. O Capital Segurado para as Coberturas do Dependente Cônjuge/Companheiro(a) será de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a mesma Cobertura do Segurado Titular, conforme especificado na Proposta de Adesão.

3.8.1.3. Equipara-se ao cônjuge, a(o) Companheira(o) do Segurado.

3.8.1.4. O(a) Companheiro(a), entendido, para todos os efeitos desta cláusula, é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua

e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios previstos contratualmente.

3.8.1.5. Para comprovação da união estável devem ser apresentados, dentre outros, os seguintes documentos:

a) **Certidão de casamento religioso;**

b) **Declaração de Imposto de Renda do Segurado principal, em que conste o Companheiro(a) como seu dependente;**

c) **Anotação constante na Carteira Profissional (CP) e/ou Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), feita pelo órgão competente;**

d) **Prova de mesmo domicílio;**

e) **Anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;**

f) **Registro em associação de qualquer natureza, onde conste o interessado como dependente do Segurado;**

g) **Original da Escritura Declaratória de União Estável, ou condição equiparada, firmada em cartório;**

h) **Quaisquer outros documentos que possam levar à convicção do fato a comprovar, a ser avaliado pela Seguradora.**

3.8.1.6. A indicação do cônjuge/Companheiro(a) 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 nestes últimos casos devolvidos os valores de Prêmio referente à indevida inclusão da Cobertura suplementar de cônjuge.

3.8.1.7. A Cobertura da Cláusula Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge/Companheiro começará(ão) a vigorar a partir da data da aceitação do seguro ou do Endosso de inclusão da Cobertura, conforme as Condições Contratuais do seguro.

3.8.1.8. A Cobertura do Segurado Dependente Cônjuge/Companheiro cessa:

a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nestas Condições Gerais da Apólice, para cancelamento, não renovação do seguro ou de término da Cobertura do seguro;

b) Quando for cancelada, por qualquer motivo, a Cobertura contratada para o Segurado principal;

c) Quando for extinta a condição de cônjuge ou Companheiro(a);

d) Com o pagamento da Indenização de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total do Segurado Dependente Cônjuge/Companheiro;

e) Quando for cancelada esta cláusula suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge;

f) Por solicitação do Segurado Principal.

3.8.1.9. O pagamento da Indenização de Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente acarretará extinção da Cláusula Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge.

3.8.2. **Inclusão de Filhos:** Garante o pagamento de Indenização ao Segurado principal ou ao próprio Dependente Filho, mediante pagamento de Prêmio específico, quando solicitar inclusão desta Cláusula Suplementar, por escrito na Proposta de Adesão **observadas as Condições Contratuais e desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**

3.8.2.1. Poderão ser contratadas as seguintes Coberturas para o Dependente Filho: Morte, Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), **desde que estas tenham sido contratadas pelo Segurado principal e estejam especificadas na Proposta de Adesão.**

3.8.2.2. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

a) **Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**

b) **Não estão Cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

3.8.2.3. Caso tenha sido contratado o plano Familiar da Cobertura de Decessos, após a utilização do Funeral Familiar, em consequência da morte do Dependente Filho menor de 14 (quatorze) anos ou natimorto, seja pelo acionamento da prestação de serviço ou solicitação de reembolso, o pagamento do Capital Segurado da Cobertura de Morte do Dependente Filho não será devido pela Seguradora.

3.8.2.4. O Capital Segurado para as coberturas do Dependente Filho será de até 25% (vinte e cinco por cento) do Capital Segurado contratado para a mesma Cobertura do Segurado Titular, limitado a R$ 15.000,00 (quinze mil reais), conforme especificado na Proposta de Adesão.

3.8.2.5. Cada filho está coberto apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam Segurados.

3.8.2.6. Consideram-se como "filhos": os filhos, enteados e menores considerados dependentes do Segurado principal, de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda. Nas mesmas condições de Cobertura serão incluídos os filhos e menores dependentes do Dependente Cônjuge, quando estes forem participantes da Apólice pela Cobertura Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge e desde que declarados no Imposto de Renda do cônjuge.

3.8.2.7. A indicação do(s) filho(s) para inclusão é de inteira responsabilidade do Segurado, que, inclusive se responsabiliza pelas informações referentes ao estado de saúde do filho incluso no seguro. Desta forma, caso não ocorra a inclusão ou caso ocorra a inclusão pessoa que não se caracteriza como Filho, de acordo com a definição indicada no item 3.1 destas Condições Especiais, ou, ainda, se o filho já fizer parte do Grupo Segurado como Segurado Principal, não haverá direito à Indenização, sendo nestes últimos casos, devolvidos os valores de Prêmio referentes à indevida inclusão da cláusula suplementar de filho.

3.8.2.8. Não podem participar desta Cobertura suplementar os filhos que façam parte do Grupo Segurado. Caso o Dependente Filho já faça parte do Grupo Segurado, não haverá direito à Indenização.

3.8.2.9. A(s) Cobertura(s) da Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos começará(ão) a vigorar a partir da data da aceitação do seguro ou do endosso de inclusão da Cobertura, conforme as Condições Contratuais do seguro.

3.8.2.10. A Cobertura de qualquer Segurado dependente cessa:

a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nestas Condições Gerais da Apólice, para cancelamento, não renovação do segurado ou de término da Cobertura do seguro;

b) Quando for cancelada, por qualquer motivo, a cobertura contratada para o Segurado Principal;

c) Quando os filhos perderem a condição de dependente, prevista na definição do item 2.1;

d) Quando for cancelada, a pedido do Segurado, esta cláusula suplementar de Inclusão de Filhos;

e) Por solicitação do Segurado Principal.

3.9. Doenças Congênitas: Garante o pagamento do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Morte do Dependente Filho, quando ocorrer o nascimento com vida de filho, portador de doença congênita, respeitado o prazo de Carência descrito no item 6.3, **observadas as Condições Contratuais e desde que não se**

trate de riscos expressamente excluídos. Além disso, devem ser observadas as seguintes premissas:

a) A doença congênita deve ser comprovada por documentação médica pertinente até o 6° (sexto) mês do nascimento do filho, devendo, ainda ser reconhecida pela Seguradora;

b) Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto com doença congênita para os filhos nascidos vivos, o Capital Segurado será dividido em proporções iguais pelo número de filhos nascidos vivos e diagnosticados com a doença.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES; EXCETO SE FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA DECORRIDO DO TRABALHO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MILITARES, DE ATOS HUMANITÁRIOS, DA UTILIZAÇAÕ DE MEIO DE TRANSPODER ARRISCADO OU DA PRÁTICA DESPORTIVA;

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

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

E) PERDAS E DANOS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;

F) DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOA JURÍDICA, INCLUEM-SE OS DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES E/OU SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;

G) PARTICIPAÇÃO ILEGAL DO SEGURADO EM DESAFIOS E BRIGAS, ATENTADOS OU RIXAS E DUELOS;

H) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR AUXÍLIO A OUTREM;

I) OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE INUNDAÇÕES, FURACÕES, CICLONES, TEMPESTADES, TERREMOTOS, MOVIMENTOS SÍSMICOS OU MOVIMENTOS DE TERRA EM GERAL, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS, E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;

J) PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS

INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS E/OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO DEVIDAMENTE HABILITADO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO, DESDE QUE SEJA DEMONSTRADO SEU NEXO CAUSAL;

K) EPIDEMIAS E PANDEMIAS DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA. DENGUE, MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;

L) CONDUÇÃO DE VEÍCULOS SEM A ADEQUADA HABILITAÇÃO;

M) COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS;

N) DE VIAGENS EM AERONAVES E EMBARCAÇÕES:

i. QUE NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO, EM VIGOR;

ii. DIRIGIDOS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS;

iii. OFICIAIS OU MILITARES QUE NÃO SE DESTINEM AO TRANSPORTE DE PASSAGEIROS OU AUTORIDADES;

O) DE 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.

P) 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. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO ITEM 4.1, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE DECESSOS E DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:

A) DESPESAS NÃO PREVISTAS NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS E/OU SUPERIORES AOS LIMITES CONTRATADOS;

B) CREMAÇÃO PARA OS SEGURADOS QUE TENHAM MORADIA HABITUAL EM MUNICÍPIOS QUE NÃO DISPONHAM DESSE SERVIÇO;

C) SEPULTAMENTO DE MEMBROS AMPUTADOS DO CORPO HUMANO;

D) DESPESAS COM COMPRA DE JAZIGO, CASO NÃO TENHA SIDO CONTRATADA A COBERTURA DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO;

E) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA, QUANDO ACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS.

4.3. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO ITEM 4.1, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:

A) DOENÇAS PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO, EXCETO INVALIDEZ PERMANENTE;

B) DOENÇAS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS E A CARACTERIZADA COMO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC), QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE, POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO VISÍVEL CAUSADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;

C) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS POR ACIDENTE COBERTO, BEM

COMO DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETO;

D) INTERCORRÊNCIAS E COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS OU POR EQUIPAMENTOS, QUANDO TAIS PROCEDIMENTOS NÃO FOREM RESULTANTES DE ACIDENTES COBERTOS;

E) ACIDENTES MÉDICOS;

F) PERTURBAÇÕES MENTAIS, NERVOSAS E EMOCIONAIS; E

G) ENVENENAMENTO POR ABSORÇÃO DE SUBSTÂNCIA TÓXICA, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES.

4.4. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NOS ITENS 4.1 e 4.3, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA) OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:

A) AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: DORT – DOENÇAS OCUPACIONAIS RELACIONADAS AO TRABALHO, INCLUSIVE A LER – LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS, PROBLEMAS AUDITIVOS E OUTROS;

B) PERDA DE DENTES E DANOS ESTÉTICOS; E

C) OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE QUALQUER PERDA, REDUÇÃO, IMPOTÊNCIA PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO CUJA LESÃO E/OU QUANDO O ACIDENTE TIVER OCORRIDO EM DATAS ANTERIORES À DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO.

4.5. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO ITEM 4.1, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD) OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:

A) A PERDA, A REDUÇÃO OU A IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA, TOTAL OU PARCIAL, DE UM OU MAIS MEMBROS, ÓRGÃOS E OU SISTEMAS ORGÂNICOS CORPORAIS, EM DECORRÊNCIA, DIRETA E OU INDIRETAMENTE, 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;

C) A DOENÇA CUJA EVOLUÇÃO NATURAL TENHA SIDO AGRAVADA POR TRAUMATISMO.

4.6. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE:

A) TODOS OS RISCOS EXCLUÍDOS APLICÁVEIS AO SEGURADO PRINCIPAL, DESCRITOS NOS ITENS 4.1, 4.2, 4.3 E 4.4.

4.7. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS:

A) TODOS OS RISCOS EXCLUÍDOS APLICÁVEIS AO SEGURADO PRINCIPAL, DESCRITOS NOS ITENS 4.1, 4.2, 4.3 E 4.4;

B) ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NA ALÍNEA "A" DESTE ITEM, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE DOENÇAS CONGÊNITAS OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:

i. DO USO DE ENTORPECENTES, MEDICAMENTOS, DROGAS OU PROCEDIMENTOS MÉDICOS OU ATIVIDADES FÍSICAS NÃO RECOMENDADOS DURANTE O PERÍODO DE GESTAÇÃO;

ii. DECORRENTES DE FATOR AMBIENTAL, NO QUAL SEJA CONSTATADO E/OU DECLARADO PELAS INSTITUIÇÕES GOVERNAMENTAIS OU DE RESPONSABILIDADE PÚBLICA OU PRIVADA;

iii. DO MAU USO OU INABILIDADE DE PRODUTOS QUÍMICOS OU DEMAIS CATEGORIAS DE PRODUTOS RECONHECIDAMENTE PREJUDICIAIS À SAÚDE.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

5.2. A Cobertura de Decessos deste seguro, quando contratada, abrange a morte do Segurado em qualquer parte do globo terrestre, sendo o serviço de sepultamento ou cremação restrito ao território brasileiro, porém com a prestação de serviço de traslado de qualquer parte do mundo até o município de moradia habitual do Segurado no Brasil, observada a alínea "d" do item 3.2.5 e item 3.2.13.

6. CARÊNCIA

6.1. Haverá Carência de 2 (dois) anos ininterruptos para a tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.

6.2. Para a Antecipação de Indenização, prevista no item 3.1.2 haverá Carência de 60 (sessenta) dias.

6.3. Para a Cobertura de Doença Congênita haverá Carência de 90 (noventa) dias.

6.3.1. Somente terão Cobertura os casos que não tenham conhecimento ou a preexistência de doença congênita ou qualquer outra anormalidade no período de gestação até a conclusão do período de Carência.

6.4. O prazo de Carência será contado a partir da data de início de vigência da Cobertura ou do aumento do Capital Segurado.

6.5. Não haverá Carência quando ocorrer renovação do Seguro e em sinistros decorrentes de Acidente Pessoal, exceto no caso de tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA:

7.1.1. A contratação ou alteração do seguro se dará mediante apresentação da Proposta de Contratação, preenchida e assinada pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), quando for o caso, seu representante legal ou pelo Corretor de Seguros, com o conhecimento prévio da íntegra das Condições Contratuais do seguro, devendo a mesma ser protocolada na Seguradora.

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

7.1.2. 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 19 - PERDA DE DIREITOS.

7.1.3. O pagamento antecipado do prêmio, total ou parcialmente, não caracteriza a aceitação da Proposta.

7.1.4. 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.

7.1.5. 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.

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

7.1.7. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto na Cláusula 7.1.4, respeitada as condições de interrupção, caracterizará a aceitação tácita da Proposta.

7.1.8. A aceitação do Contrato coletivo se formalizará com a emissão da Apólice de seguro pela Seguradora no início do Contrato, e em cada renovação, e, 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.

7.1.8.1. 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 7.1.4, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.

7.1.9. 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 23 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE.

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

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

7.2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL:

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

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

7.2.2. 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 19 - PERDA DE DIREITOS.

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

7.2.2.2. 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.

7.2.2.3. O Proponente é obrigado a declarar, sob pena de nulidade do contrato, seu

interesse sobre a vida e a incolumidade do Segurado. Presume-se o interesse quando o Segurado for cônjuge, companheiro, ascendente ou descendente do terceiro cuja vida ou integridade física seja objeto do Seguro celebrado.

7.2.2.4. 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.

7.2.3. 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.

7.2.3.1. 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.

7.2.4. 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.

7.2.5. 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.

7.2.6. 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 Coletivo e na Proposta de Contratação**.

7.2.7. A recusa do risco será comunicada pela seguradora ao Proponente, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) ou Corretor de Seguros, por escrito, devidamente justificada.

7.2.8. A ausência de manifestação da seguradora por escrito no prazo previsto no item 7.2.4, respeitadas as condições de suspensão caracterizará a aceitação tácita da proposta.

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

7.3. 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.

7.4. 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 7.2.4, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.

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

7.5.1. 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 8.2.5 desta cláusula.

7.6. 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.

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

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

7.9. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. No caso da ocorrência do evento morte do Segurado, a(s) Indenização(ões) correspondente à(s) Cobertura(s) contratada(s), será(ão) paga(s) de uma só vez e será devida ao(s) Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado.

8.2. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de

alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

8.3. 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.

8.4. Na falta das pessoas indicadas, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

8.5. Para efeitos deste seguro, a(o) Companheira(o) será equiparado ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o Segurado era solteiro, viúvo ou separado de fato.

8.6. Em caso de falecimento do único Beneficiário indicado no Contrato de seguro antes do óbito do Segurado (premoriência), e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, o Capital Segurado será pago aos Beneficiários legais do Segurado, conforme item 8.3.

8.7. Em caso de óbito de um dos Beneficiários indicados no Contrato de seguro antes do óbito do Segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com distribuição do Capital Segurado destinado ao Beneficiário pré-morto entre os demais Beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida para cada um, de forma a preservar sua manifestação de vontade.

8.7.1. Em caso de falecimento simultâneo do Segurado com um dos Beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (comoriência), serão aplicadas as mesmas regras dos itens 8.3 e 8.4, considerando que o beneficiário comoriente não adquire direito ao Capital Segurado.

8.8. EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A(S) PARTE(S) DA INDENIZAÇÃO QUE CABERIA(M) A ESTE(S) SERÁ(ÃO) PAGA(S) AOS DEMAIS BENEFICIÁRIOS INDICADOS, EM PARTES PROPORCIONAIS, RESPEITADO O PERCENTUAL ORIGINALMENTE DEFINIDO PELO SEGURADO E, NA FALTA DE OUTROS BENEFICIÁRIOS, SERÁ PAGO CONFORME ESTABELECIDO NA LEI.

8.9. É livre a indicação de Beneficiário(s) pelo Segurado.

8.10. SE O SEGURADO NÃO RENUNCIAR À FACULDADE, PODERÁ A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O BENEFICIÁRIO POR ATO ENTRE VIVOS OU DE ÚLTIMA VONTADE, MEDIANTE ENCAMINHAMENTO DO FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS E BENEFICIÁRIOS, NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS E DEVIDAMENTE ASSINADO.

8.10.1. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE NO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL SUBSEQUENTE À DATA DE PROTOCOLO NA SEGURADORA DA CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO.

8.11. 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.

8.12. Para as Coberturas de Decessos e de Aquisição de Jazigo, o Beneficiário será o responsável pelo acionamento da prestação de serviços ou quem comprovar o pagamento das despesas efetuadas, nos casos em que estiver previsto o reembolso de despesas.

8.13. No caso de Antecipação de Indenização, prevista no item 3.1.2, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPA Majorada) e Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD), o Beneficiário será o próprio Segurado, ainda que assistido ou representado.

8.14. No caso da ocorrência do evento morte do Segurado Dependente Cônjuge ou Filho(s) ou Doença Congênita do Filho do Segurado, a(s) Indenização(ões) correspondente à(s) Cobertura(s) do(s) Dependente(s),

quando contratada(s), será(ão) paga(s) de uma só vez e será devida ao Segurado Titular.

8.15. No caso da ocorrência de Invalidez Permanente Total ou Parcial (IPA) do Segurado Dependente Cônjuge ou Filho(s), a(s) Indenização(ões) correspondente à(s) Cobertura(s) suplementar(es), **quando contratada(s),** será(ão) paga(s) de uma só vez e será devida ao próprio Segurado Dependente.

8.16. O Beneficiário da Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente Majorada será o próprio Segurado.

8.17. 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).

9. CAPITAL SEGURADO

9.1. Entende-se por Capital Segurado o valor máximo de Indenização devida na ocorrência do Sinistro coberto, respeitados os limites estabelecidos para cada Cobertura contratada.

9.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos Sinistros:

a) Para as Coberturas de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente por Acidente Majorada: a data do Acidente Pessoal;

b) Para a Antecipação de Indenização – prevista no item 3.1.2 e para as Coberturas de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – IFPD e Doença Congênita: a data indicada na declaração médica;

c) Para as demais Coberturas de Morte, Decessos, Aquisição de Jazigo: a data do falecimento do Segurado.

9.3. O Segurado poderá solicitar o aumento do(s) Capital(is) Segurado(s) em qualquer época, mediante solicitação por escrito, observando-se o limite máximo de Capital Segurado individual vigente. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para análise, considerando-se as determinações previstas no item 7.4. **Se aceito(s) pela Seguradora, o(s) novo(s) Capital(is) Segurado(s) terá(ão) início de vigência no 1° (primeiro) dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento poderá ser exigido o preenchimento de uma nova Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, iniciando-se novos períodos de Carência, conforme prazos descritos no item 6 – CARÊNCIA, para o(s) valor(es) aumentado(s).**

9.4. Para o aumento do(s) Capital(is) Segurado(s), o Segurado deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao pedido de aumento do(s) Capital(is) Segurado(s) e não informadas na nova Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, o pagamento da Indenização será efetuado com base no(s) valor(es) anterior(es) ao aumento, não cabendo qualquer restituição de Prêmios.

9.5. A reintegração do Capital Segurado relativo à Cobertura adicional de INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE é automática após cada acidente.

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

10. CUSTEIO DO SEGURO

10.1. O Custeio do Prêmio do seguro será **CONTRIBUTÁRIO**, ou seja, o Prêmio será integralmente pago pelo Segurado.

11. REGIME FINANCEIRO

11.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de Prêmios de seguro ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

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

12. PAGAMENTO DE PRÊMIO

12.1. O Prêmio do Seguro é periódico e deverá ser pago, pelo Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, de acordo com a modalidade escolhida dentre aquelas disponibilizadas pela Seguradora (Mensal, Bimestral, Trimestral, Semestral ou Anual), conforme opção indicada na Proposta de Contratação, até a data do vencimento do respectivo documento de cobrança.

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

12.1.2. Se aplicável, a Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, ou, 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.

12.1.3. Se o Segurado, seu representante, 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 12.1.2, deverão solicitar à Seguradora, de forma registrada, instruções para efetuar o pagamento antes da data do seu vencimento.

12.2. 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.

12.3. 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.

12.4. 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.

12.5. 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 17 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA.

12.6. Durante a vigência da Apólice, o Segurado 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.

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

12.8. 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 16 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, JUROS MORATÓRIOS E ALTERAÇÃO DE VALORES, SENDO APLICADO AINDA O DISPOSTO NA CLÁUSULA 17 – PRAZO DE TOLERÂNCIA CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA E NA CLÁUSULA 19 – PERDA DE DIREITOS.

13. TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO

13.1. A Seguradora aplicará o reenquadramento da taxa do seguro em razão da mudança de idade do Segurado, de acordo com os fatores indicados na tabela a seguir:

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

13.1.1. Sobre os Prêmios cobrados para as coberturas de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente por Acidente Majorada incidirá apenas reajuste por atualização monetária.

14. REAVALIAÇÃO DE TAXAS

14.1. Na ocasião da renovação da Apólice, a seguradora reavaliará as condições e Prêmios do seguro,

podendo propor as atualizações necessárias, conforme legislação vigente.

14.2. As alterações de taxas de seguro utilizadas para cálculo do Prêmio que implicarem em ônus para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de, no mínimo, ¾ (três quartos) do Grupo Segurado.

15. INÍCIO DE VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

15.1. O início de Vigência da Cobertura Individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no Certificado Individual.

15.1.1. As Propostas de Adesão que tenham sido recepcionadas sem pagamento de Prêmio, o início de vigência da Cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da Proposta de Adesão ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

15.1.2. As Propostas de Adesão que tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

15.2. O prazo de Vigência da Cobertura Individual é de 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de Vigência da Apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez, por igual período. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo Estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa, por solicitação escrita, até o vencimento do respectivo certificado, respeitadas as cláusulas 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL, 20 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA e 21 – CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA.

15.3. O Certificado Individual e seus Endossos terão início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

15.4. Em cada uma das renovações da Cobertura individual será emitido novo Certificado Individual ao Segurado.

16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, JUROS MORATÓRIOS E ALTERAÇÃO DE VALORES

16.1. 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.

16.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice indicado no item anterior, o índice substituto será 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.

16.2. A atualização monetária, com base na variação do índice estabelecido no item 16.1 desta cláusula será devida para as seguintes situações:

16.2.1. O capital segurado e o prêmio do seguro serão atualizados anualmente, no vencimento do certificado individual do seguro **ou** segundo a variação do salário/provento, **ou** segundo outros fatores objetivos, conforme critério constante no contrato do seguro para fixação da escala de capitais.

16.2.1.1. As atualizações serão calculadas com base na variação positiva apurada do acumulado dos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao vencimento do certificado individual de seguro.

16.2.1.2. Não caberá atualização monetária nos contratos de seguros com vigência igual ou inferior a 1 (um) ano.

16.2.1.3. 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.

16.2.1.4. A atualização mencionada no subitem 16.2.1 se aplicará 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 os segurados ativos.

16.2.2. Os valores devidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice, a partir da data em que se tornarem exigíveis, até a data de 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 do recebimento do prêmio.

16.2.3. Os valores dos prêmios em atraso sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice, a partir da data de vencimento da parcela até a data de seu efetivo pagamento.

16.2.4. Os valores das indenizações de sinistros sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice estabelecido, 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, a partir da data de ocorrência do evento – ou, se for o caso de reembolso, a partir do dispêndio – até a data do efetivo pagamento, **somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.**

16.3. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 16.2 DESTA CLÁUSULA, APLICAR-SE-ÃO NAS SITUAÇÕES PREVISTAS NOS SUBITENS 16.2.2, 16.2.3 E 16.2.4, JUROS MORATÓRIOS, DE 1% (UM POR CENTO) AO MÊS "PRO RATA TEMPORIS", A PARTIR DA DATA DEFINIDA PARA CADA PREVISÃO ATÉ A DATA DO SEU EFETIVO PAGAMENTO.

16.4. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 16.2 E 16.3 DESTA CLÁUSULA, APLICAR-SE-ÃO NAS SITUAÇÕES PREVISTAS NO SUBITEM 16.2.4 multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido corrigido monetariamente.

16.5. 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 do contrato de seguro.

17. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

17.1. 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.

17.1.1. 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 16 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, JUROS MORATÓRIOS E ALTERAÇÃO DE VALORES.

17.1.2. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA O ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE (SE HOUVER) SERÁ NOTIFICADO PARA PAGAR A(S) PARCELA(S) EM ATRASO COM OS ENCARGOS DEVIDOS, SENDO ADVERTIDO QUE O NÃO PAGAMENTO ATÉ O PRAZO INDICADO ACARRETARÁ O CANCELAMENTO DO SEGURO.

17.2. APÓS A NOTIFICAÇÃO E ENCERRADO O PRAZO DE TOLERÂNCIA SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO O SEGURO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO E NÃO PODERÁ MAIS SER RESTABELECIDO. HAVENDO INTERESSE, DEVERÁ SER CONTRATADO NOVO SEGURO, RESPEITADAS AS CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ELEGIBILIDADE, NÃO SENDO ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO CANCELADO.

17.3. NO CASO DE HAVER PARCELAS EM ATRASO INTERCALADAS COM PARCELAS PAGAS, SERÁ CONSIDERADA A 1ª (PRIMEIRA) PARCELA EM ATRASO PARA FINS DE DETERMINAÇÃO DO PERÍODO DE TOLERÂNCIA, INDEPENDENTEMENTE DE HAVER PARCELAS POSTERIORES PAGAS.

18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

18.1. A Cobertura individual de cada segurado termina, sem qualquer restituição de prêmio:

a) Com o falecimento do segurado principal;
b) Com o cancelamento ou a não renovação da apólice ou do certificado individual, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago;
c) Com o pagamento do capital segurado contratado, quando a cobertura prever a exclusão do segurado da apólice contratada;
d) Na data em que for protocolado na seguradora o PEDIDO DE CANCELAMENTO feito pelo segurado, desde que por escrito e devidamente assinado;
e) Com a perda do vínculo entre o segurado principal e o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver);
f) Se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 19 – PERDA DE DIREITOS:
g) No caso de cessação da condição de dependente do segurado principal;
h) Quando o segurado, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), deixar de pagar o prêmio do seguro, conforme CLÁUSULA 13 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA;
i) Com o CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA por quaisquer das situações previstas na Cláusula 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA;
j) Quando terminar o período de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitando o prêmio de seguro efetivamente pago;
k) Quando houver fraude ou tentativa de fraude comprovadamente praticada pelo segurado, seu representante legal ou seu(s) beneficiário(s) na adesão ao seguro ou durante a sua vigência, ou, ainda, para a obtenção ou majoração da indenização;
l) A qualquer tempo, com a concordância recíproca das partes contratantes.

18.2. Além do previsto no item 18.1, a cobertura do Segurado Dependente Cônjuge também termina:

a) Quando for cancelada, por qualquer motivo, a Cobertura contratada para o Segurado principal;
b) Quando for extinta a condição de cônjuge ou Companheira(o), prevista na definição do item 2.24;
c) Com o pagamento da Indenização de Morte, Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado Dependente Cônjuge/Companheiro;

d) Quando for cancelada a Cobertura suplementar de INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE;

e) Por solicitação do Segurado Principal.

18.3. Além do previsto no item 18.1, a Cobertura do Segurado Dependente Cônjuge também termina:

a) Quando for cancelada, por qualquer motivo, a cobertura contratada para o Segurado principal;

b) Quando o(s) filho(s) perder(em) a condição de dependente(s), prevista na definição do item 2.99;

c) Com o pagamento da Indenização de Morte, Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado Dependente Filho;

d) Quando for cancelada a Cobertura suplementar de INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE;

e) Por solicitação do Segurado principal.

19. PERDA DE DIREITOS

19.1. 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:

19.1.1. 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.

19.1.1.1. 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.

19.1.2. 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.

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

19.1.3. 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.

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

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

19.1.3.2.1. 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.

19.1.3.2.2. 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.

19.1.3.2.1. 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.

19.1.4. 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.

19.2. 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):

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

19.2.2. 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.

19.3. 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

20. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA

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

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

20.2. As renovações posteriores à primeira deverão ser expressas entre as partes, seguradora e estipulante,

sendo que cabe à seguradora, com no mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência à data de renovação, comunicar por escrito o interesse pela renovação do seguro. As renovações posteriores à primeira deverão ser expressas entre as partes, por meio do preenchimento e apresentação da Proposta pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) e/ou Corretor de Seguros, nos termos da Cláusula 7 – ACEITAÇÃO DO SEGURO das Condições Gerais, com no mínimo de 25 (vinte e cinco) dias antes do término da Vigência da Apólice.

20.2.1. Caso a Proposta seja enviada à Seguradora em desacordo com o prazo estabelecido acima, a Seguradora poderá, em caso de aceitação da Proposta, fixar a data de início da Vigência do novo contrato diferentemente da data do término da Vigência do presente Seguro, hipótese em que não haverá cobertura no período compreendido entre o término da Vigência do presente Seguro e o início da Vigência do novo contrato.

20.3. Caso haja, na renovação, qualquer alteração na Apólice, que implique ônus, deveres adicionais aos Segurados ou redução de seus direitos, dependerá de anuência prévia e expressa de Segurados que representem no mínimo ¾ (três quartos) do Grupo Segurado.

20.4. A Apólice e Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

20.5. 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.

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

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

20.8. 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).

20.9. 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).

20.10. 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.

20.11. 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.

20.12. O seguro não poderá ser renovado caso não atingido o número mínimo de vidas estabelecido, além de a Apólice poder ser cancelada, observado o disposto nestas Condições Gerais.

21. CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA

21.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 17 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL, a apólice de seguro ficará automaticamente cancelada, sem qualquer restituição de prêmios:

a) Por mútuo acordo entre a seguradora e o estipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de, pelo menos, ¾ (três quartos) do grupo segurado, respeitado o prazo de aviso prévio mínimo de 60 (sessenta) dias;

b) Pelo descumprimento de qualquer cláusula/disposição das condições contratuais da apólice;

c) Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo(s) estipulante(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;

d) Quando o estipulante e/ou o subestipulante(s) deixar de efetuar o pagamento ou repasse dos prêmios do seguro, observado o disposto na Cláusula 17 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA destas condições gerais;

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

f) Se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 19 – PERDA DE DIREITOS

g) Se não for atingido o número mínimo de vidas exigidas para a contratação, manutenção e/ou renovação do seguro.

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

21.3. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, **a seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.**

22. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

22.1. REGULAÇÃO DE SINISTROS

22.1.1. 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 22.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

22.1.2. 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.

22.1.3. 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 22.2 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.

22.1.4. 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 22.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

22.1.5. 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.

22.1.6. 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.

22.1.7. A não entrega dos documentos básicos previstos na Cláusula 22.2 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.

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

22.1.9. Correrão por conta da Seguradora as despesas com a Regulação do Sinistro, salvo as realizadas para a apresentação dos documentos básicos previstos na Cláusula 22.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e dos documentos complementares porventura solicitados.

22.1.10. 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.

22.1.11. 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.

22.1.12. 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.

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

22.2. DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA A REGULAÇÃO DE SINISTROS

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

22.1.1. Documentação para **qualquer evento:**

a) Formulário "aviso de sinistro" assinado pelo solicitante;

b) Cópia do RG e CPF do Segurado;

c) Cópia do comprovante de residência em nome do Segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de Sinistro (solicitante);

22.1.2. Para o evento de **Morte**, **além dos documentos descritos no item 22.2.1,** deverão ser apresentados também os seguintes documentos:

a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

b) Quando a **Morte tiver ocorrido por acidente, além do documento descrito na letra "a" deste item,** também deverão ser apresentados:

i. Cópia do Laudo de Necropsia;

ii. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), **se cabível;**

iii. Cópia do Brevê de Piloto, **em caso de acidente aeronáutico e se o Segurado for o piloto;**

iv. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), **se acidente automobilístico e o Segurado for o condutor;**

v. Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;

vi. Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o Segurado).

22.1.3. Para **Antecipação de Indenização** prevista no item 3.1.2, **além dos documentos descritos no item 22.2.1**, deverão ser apresentados também:

a) Relatório Médico-hospitalar expedido pelo médico ou entidade hospitalar, informando que o diagnóstico e o quadro clínico indicam um estado grave e comprometimento irreversível, sem possibilidade de recuperação com os recursos médicos/terapêuticos disponíveis, bem como todos os procedimentos médicos que sirvam de embasamento ao relatório.

22.1.4. Para o pedido de **reembolso de despesas** da cobertura de **Decessos e Aquisição de Jazigo, além dos documentos descritos no item 22.2.1 e 22.2.2**, deverão ser apresentados também:

a) Cópia do RG, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral;

b) Notas fiscais e recibos originais das despesas com o funeral.

22.1.5. O(s) **Beneficiário(s) indicado(s)** pelo segurado, **além dos documentos descritos nos itens 22.2.1 e 22.2.2**, deverão apresentar **também** os seguintes documentos:

a) Cópias de RG(s) e CPF(s);

i. Na falta do RG do(s) Beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento.

ii. Independente da idade do(s) Beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles.

b) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) Beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato:

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

- Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);
- Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s).

22.1.6. Na falta de Beneficiários indicados pelo Segurado, o(s) Beneficiário(s) legal(is), além dos documentos descritos nos itens 22.2.1 e 22.2.2, deverá(ão) apresentar **também** os documentos descritos no item 22.2.5 **e:**

a) Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do Segurado, **necessária somente** caso o estado civil do segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo;

b) Declaração que comprove união estável firmada em cartório ou emitida por órgão previdenciário, **necessária somente** caso exista Companheira(o);

c) Declaração do(s) herdeiro(s) legal(is) com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do Segurado, contendo o nome completo e suas respectivas datas de nascimento;

d) Cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o cônjuge/Companheiro(a) seja dependente do Segurado(a).

22.1.7. Para o evento de **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, além dos documentos descritos no item 22.2.1 e na letra "b" do item 22.2.2** deverão ser apresentados **também:**

a) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica, assinado pelo Segurado ou seu representante legal, quando for o caso;

b) No lugar do Boletim de Ocorrência, citado no subitem "ii" da letra "b" do item 22.2.2, poderá ser apresentada a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), **se cabível;**

c) Exame de Corpo Delito, **quando indicado;**

d) Relatório médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico Assistente do Segurado, com firma reconhecida em cartório;

e) Cópia da carta de concessão de aposentadoria, em caso de Invalidez Permanente **Total** por Acidente **(se houver);**

f) Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia);

g) **No caso de alienação mental, total e incurável:** além da comprovação médica, será necessária também a Certidão de Interdição Judicial definitiva.

22.1.8. Para o evento de **Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, além dos documentos descritos no item 22.2.1,** deverão ser apresentados **também:**

a) Relatório do médico assistente do segurado contendo:

i. 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;

- A indicação da data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do Sinistro), qualificada pela data em que tiver sido oficialmente diagnosticada;
- 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 3.7.7 – "Riscos Cobertos";
- Detalhamento do 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.

ii. 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;

iii. Diagnóstico conclusivo, acompanhado do histórico da patologia e exames pertinentes que comprovem o laudo médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais.

22.1.9. Para a **Cobertura Suplementar da Inclusão Facultativa de Cônjuge** deverão ser apresentados os mesmos documentos solicitados em caso de Sinistro do Segurado Titular, **conforme cada evento,** descritos neste item 22 **e também:**

a) Certidão de Casamento extraída após o óbito, caso o estado civil seja: casado, divorciado, separado ou viúvo; **ou**

b) Declaração que comprove união estável nos termos do item 3.8.1.5.

22.1.10. Para a **Cobertura Suplementar de Inclusão de Filhos** deverão ser apresentados os mesmos documentos solicitados em caso de sinistro do Segurado Titular, **conforme cada evento,** descritos neste item 22 **e também** a Certidão de Nascimento.

22.1.11. Para o evento **Doença Congênita** da **Cobertura Suplementar de Inclusão de Filhos, além dos documentos descritos no item 22.2.1,** deverão ser apresentados **também:**

a) Relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;

b) Exames e laudos médicos que indiquem a doença congênita;

c) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento do Filho;

d) No caso de filhos maiores de idade, deverá ser apresentada a Declaração de Imposto de Renda para a comprovação da condição de dependente.

22.1.12. No pagamento da Indenização da Cobertura de Morte, será pago ao(s) Beneficiário(s) o Capital Segurado vigente na data de ocorrência do Sinistro, deduzindo-se o adiantamento realizado pela Antecipação de Indenização, prevista no item 3.1.2, quando esta tiver sido contratada e requerida durante a Vigência do Seguro.

22.1.13. Para a Cobertura de Decessos ou Aquisição de Jazigo:

22.1.14. O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do Capital Segurado vigente na data do evento, bem como ao valor efetivamente dispendido pelo Beneficiário.

22.1.15. 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, atualizando monetariamente.

22.1.16. A SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE:

22.1.17. SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O GRAU OU PERMANÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE E SUA RESPECTIVA PORCENTAGEM;

22.1.18. SOLICITAR LAUDO SUBSCRITO PELO MÉDICO INDICADO POR ELA, O QUAL ATESTE O ESTADO TERMINAL RECLAMADO, QUANDO SOLICITADA A ANTECIPAÇÃO DE INDENIZAÇÃO, PREVISTO NO ITEM 3.1.2.

22.1.19. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE TRATA ESTE SEGURO, DEVENDO SER COMPROVADA POR DECLARAÇÃO MÉDICA.

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

22.1.21. A junta médica de que trata o item 22.7, será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo Segurado.

22.1.22. O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM, E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA MÉDICA, A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.

22.1.23. A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE E COMPROVAÇÃO DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

22.1.24. O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CONTA, AOS

SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA A CURA COMPLETA.

22.1.25. Os menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.

22.1.26. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO, DO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.

22.1.27. **O Segurado, ao contratar o seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares.** Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado por meio de seu Médico Assistente.

22.3. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

22.3.1. 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.

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

22.3.3. O Segurado ou Beneficiário deverá apresentar à Seguradora, todos os documentos previstos na Cláusula 22.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

22.3.4. 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.

22.3.5. 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**.**

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

22.3.7. 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.

22.4. 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.

22.5. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

22.6. A Indenização de qualquer uma das Coberturas contratadas será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.

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

22.8. 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.

22.9. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer Indenização.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE

23.1. SÃO OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

A) FORNECER À SEGURADORA TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO, PREVIAMENTE ESTABELECIDAS POR AQUELA, INCLUINDO DADOS CADASTRAIS 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, SEMPRE QUE SOLICITADO, QUAISQUER INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CONTRATO DE SEGURO;

D) DISCRIMINAR O VALOR DO PRÊMIO DE SEGURO NO INSTRUMENTO DE COBRANÇA, NA FORMA ESTABELECIDA;

E) REPASSAR OS PRÊMIOS DE SEGURO À SEGURADORA, NOS PRAZOS ESTABELECIDOS CONTRATUALMENTE, QUANDO COUBER;

F) REPASSAR AOS SEGURADOS TODAS AS COMUNICAÇÕES OU AVISOS INERENTES À APÓLICE, QUANDO FOR DIRETAMENTE RESPONSÁVEL PELA SUA ADMINISTRAÇÃO;

G) DISCRIMINAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO RISCO, NOS DOCUMENTOS E COMUNICAÇÕES REFERENTES AO SEGURO EMITIDOS PARA O SEGURADO;

H) COMUNICAR, DE IMEDIATO, À SEGURADORA, A OCORRÊNCIA DE QUALQUER SINISTRO OU EXPECTATIVA DE SINISTRO REFERENTE AO GRUPO QUE REPRESENTA, ASSIM QUE DELES TIVER CONHECIMENTO, QUANDO ESTA COMUNICAÇÃO ESTIVER SOB SUA RESPONSABILIDADE;

I) DAR CIÊNCIA AOS SEGURADOS DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS ESTIPULADOS PARA A LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS;

J) COMUNICAR, DE IMEDIATO, A SUSEP, QUAISQUER PROCEDIMENTOS QUE CONSIDERAREM IRREGULARES QUANTO AO SEGURO CONTRATADO;

K) FORNECER A SUSEP QUAISQUER INFORMAÇÕES SOLICITADAS, DENTRO DO PRAZO POR ELA ESTABELECIDO;

L) INFORMAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SEGURADORA, BEM COMO O PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO NO RISCO, NO CASO DE COSSEGURO, EM

QUALQUER MATERIAL DE PROMOÇÃO OU PROPAGANDA DO SEGURO, EM CARACTERE TIPOGRÁFICO MAIOR OU IGUAL AO DO ESTIPULANTE; E

M) CUMPRIR TODAS AS CLÁUSULAS DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

23.2. É VEDADO AO ESTIPULANTE:

A) COBRAR, DOS SEGURADOS, QUAISQUER VALORES RELATIVOS AO SEGURO, ALÉM DOS ESPECIFICADOS PELA SEGURADORA;

B) RESCINDIR O CONTRATO SEM ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE UM NÚMERO DE SEGURADOS QUE REPRESENTE, NO MÍNIMO, ¾ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO;

C) EFETUAR PROPAGANDA E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM PRÉVIA ANUÊNCIA DA SEGURADORA, E SEM RESPEITAR A FIDEDIGNIDADE DAS INFORMAÇÕES QUANTO AO SEGURO QUE SERÁ CONTRATADO; E

D) VINCULAR A CONTRATAÇÃO DE SEGUROS A QUALQUER DE SEUS PRODUTOS, RESSALVADA A HIPÓTESE EM QUE TAL CONTRATAÇÃO SIRVA DE GARANTIA DIRETA A ESTES PRODUTOS.

23.3. O NÃO REPASSE DOS PRÊMIOS À SEGURADORA, NOS PRAZOS CONTRATUALMENTE ESTABELECIDOS, PODERÁ ACARRETAR O CANCELAMENTO DA COBERTURA, A CRITÉRIO DA SEGURADORA, E SUJEITA O ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE ÀS COMINAÇÕES LEGAIS, CONFORME DISPOSTO NO ITEM 12 – PAGAMENTO DE PRÊMIO.

23.4. 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.

23.5. 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.

23.6. 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.

23.7. 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.

24. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

24.1. A propaganda e promoção do seguro são permitidas somente com autorização prévia e expressa e sob supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da Apólice e as normas de seguro.

25. PRESCRIÇÃO

25.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

26.INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

26.1. O registro deste produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.

26.2. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de seguros e da Seguradora, no site www.susep.gov.br.

26.3. Qualquer alteração nas Condições Contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente Endosso.

26.4. 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 da Proposta de Adesão e no Certificado Individual.

27. FORO

27.1. Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente Contrato.