

SEGURO DE VIDA EM GRUPO

Condições Gerais

Versão 4.1

MAPFRE Vida S.A.
CNPJ: 54.484.753/0001-49

Processo SUSEP Nº 15414.004036/2008-33

ÍNDICES

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	3
2. DEFINIÇÕES.....	3
3. COBERTURAS DO SEGURO.....	10
4. RISCOS EXCLUÍDOS	27
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	30
6. CARÊNCIA.....	30
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO	31
8. BENEFICIÁRIOS.....	32
9. CAPITAL SEGURADO	34
10. CUSTEIO DO SEGURO.....	35
11. REGIME FINANCEIRO.....	35
12. PAGAMENTO DE PRÊMIO	35
13. TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO	36
14. REAVALIAÇÃO DE TAXAS	37
15. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	38
16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	38
17. INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO.....	38
18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	39
19. PERDA DE DIREITOS.....	41
20. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	42
21. CANCELAMENTO DA APÓLICE	42
22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	43
23. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS	48
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	49
25. PROPAGANDA E PUBLICIDADE	50
26. PRESCRIÇÃO	50
27. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES.....	50
28. FORO.....	50

CONDIÇÕES GERAIS

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. DEFINIÇÕES

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

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 desse conceito:**

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

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

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

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

- 2.2. **Aditivo:** equivalente ao endosso, é o termo utilizado para definir instrumento do contrato de seguro utilizado para proceder as alterações na apólice.
- 2.3. **Agravação do risco:** Considera-se agravação de risco, toda e qualquer situação ou evento que possa alterar o risco coberto pela Seguradora, como por exemplo, mudanças de hábitos, prática de esportes, mudança de residência ou local de trabalho, profissão ou função desempenhada, alterações nas informações prestadas na Proposta de Adesão, quando da contratação do Seguro, etc.
- 2.4. **Agravo Mórbido:** Piora de uma doença.
- 2.5. **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.
- 2.6. **Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.7. **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.
- 2.8. **Atividade Laborativa:** Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
- 2.9. **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.10. **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.**
- 2.11. **Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.12. **Aviso de Sinistro:** comunicação específica de um sinistro com a finalidade de dar conhecimento imediato à Seguradora da ocorrência de evento passível de cobertura.
- 2.13. **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.
- 2.14. **Boa-fé:** princípio básico de qualquer contrato, principalmente no contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro. Neste conceito inclui-se a obrigação do segurado de prestar informações verdadeiras na proposta de contratação e durante a vigência de todo o contrato, declarando, também no decorrer da apólice, qualquer alteração no risco.
- 2.15. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.

- 2.16. 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 para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, ressalvada a hipótese de suicídio (desde que ocorrido nos primeiros dois anos de contratação ou de sua recondução, depois de suspenso), prevista no item 6.1 – CARÊNCIA destas Condições Gerais.**
- 2.17. Cardiopatia Grave:** Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 2.18. Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
- 2.19. Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.
- 2.20. Cobertura:** risco assumido pela seguradora, conforme o contrato de seguro, respeitados os eventos não cobertos e riscos excluídos.
- 2.21. Cognição:** Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 2.22. 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.
- 2.23. Companheira(o):** é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos no contrato de seguro.
- 2.24. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, no caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.25. Condições Especiais:** conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de cobertura de um plano de seguro que, eventualmente, alteram as condições gerais.
- 2.26. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e do estipulante.
- 2.27. Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- 2.28. Consumpção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.29. Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).

- 2.30. Corretor:** é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre a seguradora e pessoas físicas ou jurídicas. **O corretor de seguros responde civilmente perante os estipulantes, segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.**
- 2.31. Custeio:** Responsabilidade de pagamento do prêmio do seguro. O custeio será contributivo, ou seja, aquele em que os Segurados efetuam o pagamento do prêmio integralmente.
- 2.32. Dados Antropométricos:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- 2.33. Dano estético:** Subespécie de dano corporal que se caracteriza pela redução ou eliminação de padrão de beleza, mas sem a ocorrência de sequelas que interfiram no funcionamento do organismo.
- 2.34. Deambular:** Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.35. Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** é o documento utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.
- 2.36. Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.37. Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.38. Doença Congênita:** é a doença adquirida antes do nascimento ou até completar o primeiro mês de vida resultante da má formação do organismo, seja qual for a sua causa e que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor.
- 2.39. Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.40. Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.41. Doença Crônica de Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.42. 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).
- 2.43. Doença e Lesão Preexistente e suas Consequências:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado, em data anterior à contratação do seguro, de seu conhecimento, não declarada na contratação do seguro, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações do seu estado de saúde. A omissão dessas doenças ou lesões, por ocasião da contratação do seguro, poderá ensejar a perda de direito ao seguro.
- 2.44. 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.

- 2.45. 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.
- 2.46. Doença Profissional:** É toda e qualquer deficiência e/ou enfraquecimento da saúde humana, causada por uma exposição contínua a condições inerentes à ocupação de uma pessoa, ou seja, é aquela que se mostra em consequência da atividade profissional desempenhada.
- 2.47. 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.
- 2.48. Endosso:** Documento pelo qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice ou no certificado individual.
- 2.49. Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.50. Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulamentação em vigor, sendo identificada como estipulante-averbador por não participar do custeio do plano.
- 2.51. Etiologia:** Causa de cada doença.
- 2.52. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de enquadramento nas coberturas previstas na apólice.
- 2.53. Fatores de Risco e Morbidade:** Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.54. Foro:** âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do contrato de seguro.
- 2.55. Grupo Segurado:** a totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.56. Grupo Segurável:** a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.57. Hígido:** Saudável.
- 2.58. Impotência Funcional:** É a alteração de função orgânica ou de partes do organismo que gera diminuição da capacidade física ou intelectual ao indivíduo.
- 2.59. Indenização:** É o valor a ser pago ao beneficiário pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada vigente na data da ocorrência do sinistro, respeitando-se os riscos excluídos da apólice contratada.
- 2.60. Início de Vigência:** a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.
- 2.61. 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.
- 2.62. Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente ou segurado.

- 2.63. 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.**
- 2.64. Moradia Habitual:** lugar em que a pessoa tem sua habitação ordinária ou em que mantém a sua residência habitual no Brasil.
- 2.65. Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.66. 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.
- 2.67. 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.**
- 2.68. 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.
- 2.69. 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.
- 2.70. Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- a) **Prêmio Anual:** quando o prêmio for referente a 12 (doze) meses de cobertura individual.
- b) **Prêmio Fracionado:** quando o prêmio único ou anual for fracionado em quantidade de parcelas consecutivas inferiores ao período de vigência da cobertura individual.
- c) **Prêmio Trimestral ou Semestral:** quando o prêmio for pago em quantidade de parcelas não consecutivas com periodicidade de acordo com os trimestres ou semestres existentes durante a vigência da cobertura individual.
- d) **Prêmio Mensal:** quando o prêmio for pago mensalmente durante toda a vigência da cobertura individual.
- 2.71. Prêmio Comercial:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos.
- 2.72. Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos.
- 2.73. Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.74. Proponente:** o interessado em contratar a(s) cobertura(s) ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

- 2.75. Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco no qual o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.76. Proposta de Contratação:** documento assinado pelo Estipulante contendo as coberturas do plano de seguro, no qual o Estipulante expressa intenção de contratação do seguro coletivo, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.77. Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.78. Recidiva:** Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.79. Redução Funcional:** É a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.
- 2.80. Regime Financeiro de Repartição Simples:** A estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.
- 2.81. Refratariedade Terapêutica:** Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.82. Regulação de Sinistro:** É o exame das causas e circunstâncias do evento reclamado a fim de se caracterizar o risco ocorrido e avaliar sobre a sua cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 2.83. Reintegração do Capital Segurado:** É o restabelecimento do capital segurado após a ocorrência de um sinistro coberto.
- 2.84. Relações Existenciais:** Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.85. Riscos Excluídos:** são os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro contratado.
- 2.86. Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.87. Segurado Titular:** É o segurado vinculado por qualquer forma ao estipulante.
- 2.88. Segurados Dependentes:** Poderá ser o cônjuge ou companheiro(a) do Segurado Principal, quando incluído no contrato de seguro pelo Segurado Principal, desde que não seja segurável como Segurado Principal, e/ou ainda, poderá(ão) ser o(s) filho(s) considerado(s) dependente(s) do Segurado Principal 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 Garantia Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge/Companheira e desde que declarados no Imposto de Renda do cônjuge.
- 2.89. Seguradora:** empresa devidamente constituída e legalmente autorizada para comercializar seguros, que se responsabiliza pela(s) cobertura(s), mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nestas condições contratuais.

- 2.90. **Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.91. **Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.92. **Sinistro:** ocorrência de evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.
- 2.93. **Transferência Corporal:** Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.
- 2.94. **Traslado:** transporte do corpo do local do óbito até o local de sepultamento no Brasil.
- 2.95. **Vigência da Apólice:** É o período no qual a Apólice Coletiva de Seguro está em vigor.
- 2.96. **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, **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 2.67, 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.
- 3.1.3. **Importante: A Antecipação de Indenização não está prevista no caso de contratação de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ou o seguro de Doenças Graves.**
- 3.1.4. **A cobertura de Antecipação de Indenização não se acumula à cobertura de Morte. Quando solicitada 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 principal e seus dependentes cônjuge/companheiro(a) e/ou filho(a) ou enteado(a), até 21 anos de idade ou em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho e se estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, até 24 anos de idade. No plano familiar, esta cobertura é extensiva aos natimortos, quando houver a realização do funeral.
- 3.2.3.** 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 fiscais 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 e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e

- iii. Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação, informando à respeito das providências tomadas.
- d.3) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual do segurado no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil:**
- i. Tomará todas as providências, inclusive arcará com o custeio do traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de moradia habitual do segurado, onde será prestado também o serviço de sepultamento.
- d.4) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual do segurado no Brasil e sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:**
- i. Prestará o serviço no local do óbito, preparando todas a documentação necessária para o traslado do corpo e para o sepultamento em outro município; e
- ii. O traslado do corpo será limitado aos valores equivalentes aos que seriam despendidos para o traslado a sua moradia habitual do segurado no Brasil.
- e) Em caso de morte violenta** (entende-se por “morte violenta”, aquela que não é motivada por doença, mas causada por desastre, suicídio ou homicídio), a família deverá acompanhar o representante da seguradora ao Instituto Médico Legal (IML) para liberação do corpo.
- f) O valor total da prestação de serviço será limitado ao valor do capital segurado contratado.**
- g) A prestação do serviço não caracteriza direito as demais coberturas contratadas pelo segurado. O direito às coberturas previstas no seguro se dará conforme as condições contratuais.**
- 3.2.6. 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.

- 3.3. Aquisição de Jazigo:** Garante ao(s) beneficiário(s) do seguro o pagamento de um valor **correspondente ao dobro do capital segurado contratado na cobertura de Decessos**, para 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 pagamento de uma verba para 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.** Esta indenização será paga uma única vez no seguro, ou seja, após ter sido paga a primeira verba para aquisição do jazigo ao beneficiário responsável, a cobertura estará automaticamente excluída do seguro.
- 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. 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

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna	25
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda Total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda Total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 05 (cinco) centímetros ou mais	15
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10	
Encurtamento de um dos membros inferiores de 04 (quatro) centímetros	10	

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Encurtamento de um dos membros inferiores de 03 (três) centímetros	06
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 03 (três) centímetros	sem indenização
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela		
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

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
DIVERSAS	APARELHO URINÁRIO	
	Perda de rim único	75
	Perda de um rim, com rim remanescente:	
	- Redução da função renal (dialítica)	75
	- Redução da função renal (não dialítica)	50
	- Com função preservada	30
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
	- Em grau máximo	20
	- Em grau médio	10
	- Em grau mínimo	05
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Perda total do olfato	7
	PESCOÇO	
	Traqueostomia definitiva	40
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total das duas orelhas	16
	Amputação total de uma orelha	8
	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 USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
DIVERSAS	Perda do Baço	15
	Fígado	
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Intestino Delgado	
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	Ressecção parcial	20
	Intestino Grosso	
	Colostomia definitiva	40
	Colectomia total	40
	Colectomia parcial	20
	Reto e ânus	
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Retenção anal	10
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	Epilepsia pós-traumática	20
	Síndrome pós-concussional	05
	HÉRNIAS	
	Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40
	Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	20
	Hérnia de Disco Cervical	20
	Hérnia Incisional	20
	Hérnia de Hiato	10
	Hérnia Epigástrica	10
	Hérnia Inguinal ou Inguino Escrotal	10
Hérnia Umbilical	10	

3.5.5. 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): 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).

3.7. 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. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD) não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Antecipação de Indenização, prevista no item 3.1.2 ou o seguro de Doenças Graves.

3.7.3. 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 Autônomicas do Segurado. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros descritos no item 3.7.8 e documentos devidamente especificados no item 22 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.

- 3.7.4.** 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.
- 3.7.5. 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.**
- 3.7.6. 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.**
- 3.7.7. Riscos Cobertos pela Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD):**
- 3.7.7.1. 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.

3.7.7.2. 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.

3.7.8. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF:

3.7.8.1. 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	1º grau: O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º grau: O segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
Conectividade do segurado com a vida	1º 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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
------------------	----------------	---------------

Conectividade do segurado com a vida	2º 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
	3º 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 necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

3.7.8.2. 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.	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 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. Garantias Suplementares

3.8.1. Inclusão Facultativa de Cônjuge/Companheiro(a): Garante o pagamento de indenização 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 garantia suplementar 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 de seu(s) filho(s) dependente(s), 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) e Doenças Congênitas, **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. Quando ambos os cônjuges participarem do grupo segurado, seus filhos serão considerados dependentes apenas do cônjuge de maior capital segurado, ou no caso de equivalência, exclusivamente de um dos segurados.**
- 3.8.2.7. 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 Garantia Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge e desde que declarados no Imposto de Renda do cônjuge.**
- 3.8.2.8. 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.**
- 3.8.2.9. Não podem participar desta garantia suplementar os filhos que façam parte do grupo segurado. Caso o Dependente Filho já faça parte do grupo segurado, não haverá direito à indenização.**
- 3.8.2.10. Doenças Congênitas:** Garante o pagamento de indenização ao Segurado Principal de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a cobertura de Morte do Dependente Filho, quando ocorrer o nascimento com vida de filho, portador de invalidez irreversível, causada por doença congênita que demande a permanente ajuda de terceiros com clara indicação de que este não poderá exercer atividades remuneradas, respeitado o prazo de carência descrito no item 6.3, **observadas as condições contratuais e desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**
- a) A doença congênita deve ser comprovada por documentação médica pertinente até o 6º (sexto) mês do nascimento do filho, devendo, ainda ser reconhecida pela Seguradora. Entretanto, a doença deve ter sido constatada antes do nascimento ou até completar o 1º (primeiro) mês de vida, conforme definido no item 2.38.**
- 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.**

- c) Se, após o pagamento da indenização por Doença Congênita, ocorrer o falecimento do filho, o pagamento da indenização por Morte não será devido pela Seguradora.

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 DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;
- c) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O 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 INDIVIDUAL OU DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO, CUJA EXCLUSÃO SERÁ APLICADA SOMENTE EM RELAÇÃO AO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO;
- e) PERDAS E DANOS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;
- f) DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOA JURÍDICA, INCLUEM-SE OS DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES E/OU SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;
- g) PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E BRIGAS, ATENTADOS OU RIXAS (EXCETO NOS CASOS DE LEGÍTIMA DEFESA OU ESTADO DE NECESSIDADE OU AINDA ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO E DUELOS
- h) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR AUXÍLIO A OUTREM;
- i) DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE PELO PRÓPRIO SEGURADO;

- j) OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE INUNDAÇÕES, FURACÕES, CICLONES, TEMPESTADES, TERREMOTOS, MOVIMENTOS SÍSMICOS OU MOVIMENTOS DE TERRA EM GERAL, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS, QUALQUER OUTRO FENÔMENO ATMOSFÉRICO, METEOROLÓGICO, SÍSMICO, GEOLÓGICOS DE CARÁTER EXTRAORDINÁRIO E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
 - k) PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS E/OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO DEVIDAMENTE HABILITADO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO, DESDE QUE SEJA DEMONSTRADO SEU NEXO CAUSAL;
 - l) EPIDEMIAS E PANDEMIAS DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA, DENGUE, MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;
 - m) CONDUÇÃO DE VEÍCULOS SEM A ADEQUADA HABILITAÇÃO;
 - n) COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS;
 - o) DE VIAGENS EM AERONAVES E EMBARCAÇÕES:
 - i. QUE NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO, EM VIGOR;
 - ii. DIRIGIDOS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS;
 - iii. OFICIAIS OU MILITARES QUE NÃO SE DESTINEM AO TRANSPORTE DE PASSAGEIROS OU AUTORIDADES.
 - p) DESCUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE;
 - q) 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.
- 4.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO ITEM 4.1, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE DECESSOS OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:
- a) DESPESAS NÃO PREVISTAS NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS E/OU SUPERIORES AOS LIMITES CONTRATADOS;
 - b) CREMAÇÃO PARA OS SEGURADOS QUE TENHAM MORADIA HABITUAL EM MUNICÍPIOS QUE NÃO DISPONHAM DESSE SERVIÇO;
 - c) SEPULTAMENTO DE MEMBROS;
 - d) DESPESAS COM COMPRA DE JAZIGO, CASO NÃO TENHA SIDO CONTRATADA A COBERTURA DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO;
 - e) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA.
- 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 GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA) OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:
- a) AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: DORT – DOENÇAS OCUPACIONAIS RELACIONADAS AO TRABALHO, INCLUSIVE A LER – LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS, PROBLEMAS AUDITIVOS E OUTROS;
 - b) PERDA DE DENTES E DANOS ESTÉTICOS; E
 - c) OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE QUALQUER PERDA, REDUÇÃO, IMPOTÊNCIA PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO CUJA LESÃO E/OU QUANDO O ACIDENTE TIVER OCORRIDO EM DATAS ANTERIORES À DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO.
- 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 GARANTIA 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 GARANTIA 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 da Garantia Suplementar de Inclusão de Filhos 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 para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, ressalvada a hipótese prevista no item 6.1.**

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE SE FORMALIZARÁ ATRAVÉS DA ASSINATURA DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO PELO ESTIPULANTE E PELO CORRETOR, CONTENDO AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.**
- 7.2. Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente, pessoa física, que esteja, na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em perfeitas condições de saúde e com idade compreendida entre 16 (dezesesseis) anos e 65 (sessenta e cinco) anos, 11 meses e 29 dias.**
- 7.3. A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.**
- 7.4. A contratação do seguro se formalizará através do preenchimento da proposta de adesão individual com Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, devidamente assinada pelo proponente, seu representante legal, quando o proponente for menor de 18 (dezoito) anos e pelo corretor de seguros e da respectiva aceitação pela seguradora, que tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo da proposta na seguradora para aceitação ou recusa do risco.**
- 7.5. O prazo de 15 (quinze) dias será suspenso quando a seguradora verificar que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes e solicitar, por uma única vez, a apresentação de novos documentos ou de exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias voltará a correr à zero hora do dia seguinte em que ocorrer o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado.**
- 7.5.1. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.**
- 7.6. A recusa do risco será comunicada, pela Seguradora ao proponente por escrito, devidamente justificada.**
- 7.7. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito no prazo de 15 (quinze) dias, respeitadas as condições de suspensão, caracterizará a aceitação automática da proposta.**
- 7.8. Na proposta de adesão deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à Seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro. A constatação de omissões, de declarações inexatas ou de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ensejará a perda do direito à cobertura, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora terá o direito, a seu critério, de resolver o contrato ou a cobrar a diferença do prêmio, mesmo após o sinistro, observado o disposto no artigo 766 do Código Civil.**
- 7.9. O pagamento antecipado do prêmio do seguro, total ou parcial, não caracteriza a aceitação da Proposta de Adesão.**

- 7.10. Durante a avaliação do risco, respeitados os itens 7.4 e 7.5, a partir do recebimento da proposta pela Seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos e o pagamento do prêmio antecipado, terá início a cobertura condicional, conforme definição no item 7.11.**
- 7.11. Considera-se cobertura condicional, para efeito deste item, aquela em que a Seguradora dará cobertura ao proponente, durante o prazo de até 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da proposta de adesão com antecipação do prêmio e vigorará até a data da aceitação da proposta ou formalização da recusa, o que ocorrer primeiro, desde que o proponente esteja em perfeitas condições de saúde, ou ainda, por qualquer motivo não represente risco agravado para a Seguradora.**
- 7.12. No caso de recusa da proposta em que já tenha havido pagamento do prêmio à Seguradora, os valores pagos, líquidos de IOF, serão devolvidos deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos após a formalização da recusa.**
- 7.13. O PRÊMIO, A QUE SE REFERE NO ITEM 7.12, SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 7.14. No caso de extinção do índice pactuado no item 7.13, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.**
- 7.15. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 7.13, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,50% (MEIO POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**
- 7.16. É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO ATRAVÉS DE PROCURAÇÃO.**
- 7.17. A aceitação do seguro implicará na emissão, pela Seguradora, de Certificado Individual, que será entregue ao Segurado e conterà, no mínimo, a data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado, o prêmio total, os capitais segurados de cada cobertura contratada. Em caso de inexatidão das informações do Certificado Individual, o segurado deverá comunicar imediatamente a seguradora para a sua regularização. Caso seja comprovado que as informações inexatas do Certificado Individual são decorrentes das declarações do proponente, e não havendo a correção imediata das informações após o recebimento do certificado, o segurado poderá perder o direito à indenização.**

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. Na falta de indicação expressa de beneficiários, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita sem que haja outro beneficiário indicado, serão**

- beneficiários aqueles designados por lei, devendo ser aplicado o disposto no artigo 792 do Código Civil, ou seja, metade ao cônjuge e o restante aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária.
- 8.2. **Para efeitos deste seguro, a(o) companheira(o) será equiparado ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o segurado era solteiro ou separado de fato.**
 - 8.3. **Em caso de falecimento do único Beneficiário indicado no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência), e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, o capital segurado será pago aos Beneficiários legais do segurado, conforme item 8.1.**
 - 8.4. **Em caso de óbito de um dos beneficiários indicados no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com distribuição do capital segurado destinado ao beneficiário pré-morto entre os demais beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida para cada um, de forma a preservar sua manifestação de vontade.**
 - 8.4.1. **Em caso de falecimento simultâneo do segurado com um dos beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (comoriência), serão aplicadas as mesmas regras dos itens 8.3 e 8.4, considerando que o beneficiário comoriente não adquire direito ao capital segurado.**
 - 8.5. **EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A(S) PARTE(S) DA INDENIZAÇÃO QUE CABERIA(M) A ESTE(S) SERÁ(ÃO) PAGA(S) AOS DEMAIS BENEFICIÁRIOS INDICADOS, EM PARTES PROPORCIONAIS, RESPEITADO O PERCENTUAL ORIGINALMENTE DEFINIDO PELO SEGURADO E, NA FALTA DE OUTROS BENEFICIÁRIOS, SERÁ PAGO CONFORME ESTABELECIDO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL.**
 - 8.6. **Todo segurado tem o direito de indicar na respectiva proposta de adesão, o beneficiário do seguro.**
 - 8.7. **SE O SEGURADO NÃO RENUNCIAR À FACULDADE, PODERÁ A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O BENEFICIÁRIO POR ATO ENTRE VIVOS OU DE ÚLTIMA VONTADE, MEDIANTE ENCAMINHAMENTO DO FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRALIS E BENEFICIÁRIOS, NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS E DEVIDAMENTE ASSINADO.**
 - 8.7.1. **QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE NO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL SUBSEQUENTE À DATA DE PROTOCOLO NA SEGURADORA DA CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO.**
 - 8.8. **EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO, A SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME A INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.**

- 8.9. Para a cobertura de Decessos, 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.
- 8.10. 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.
- 8.11. No caso da ocorrência do evento morte do Segurado Dependente Cônjuge ou Filho(s) ou Doença Congênita do Segurado Dependente Filho, 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 Principal.
- 8.12. 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) garantia(s) suplementare(s), **quando contratada(s)**, será(ão) paga(s) de uma só vez e será devida ao próprio Segurado Dependente.

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:**
- Para as coberturas de acidentes pessoais:** a data do acidente;
 - Para a cobertura de risco por invalidez não consequente de acidente (Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – IFPD, Antecipação de Indenização – prevista no item 3.1.2 e Doença Congênita da Garantia Suplementar de Inclusão de Filhos):** a data indicada na declaração médica;
 - Para as demais coberturas de risco:** a data de ocorrência do evento coberto.
- 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 1º (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 valor do prêmio inicial será determinado na contratação do seguro em função da idade do segurado, das coberturas e serviços de assistência contratados, do(s) respectivo(s) capital(is) segurado(s) e da periodicidade de pagamento do prêmio definidos na proposta de adesão.
- 12.2. **NA RENOVAÇÃO ANUAL DA COBERTURA INDIVIDUAL E SEM PREJUÍZO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA PREVISTA NO ITEM 16, O VALOR DO PRÊMIO SERÁ REAJUSTADO EM FUNÇÃO DO REENQUADRAMENTO DE TAXAS POR MUDANÇA DE IDADE DO SEGURADO, CONFORME TABELA DESCRITA NO ITEM 13.**
- 12.3. Para garantir o seu direito à cobertura, o segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio de seguro, conforme forma e periodicidade estipuladas, até a data de seu vencimento.
- 12.4. A forma de pagamento do seguro poderá ser por débito em conta corrente nos bancos credenciados da seguradora, ficha de compensação ou carnê a favor de terceiros, conforme determinado na Proposta de Adesão ou solicitado pelo segurado, mediante contato com a Central de Atendimento e, quando se tratar de opção por débito em conta corrente, mediante preenchimento de autorização, devidamente assinada.

- 12.5. Quando o segurado optar pelo pagamento em débito em conta corrente, a suspensão de autorização de débito caracterizará a inadimplência do segurado, sendo aplicado o disposto nos itens 17 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.
- 12.6. **A periodicidade de pagamento do prêmio poderá ser: Mensal, Trimestral, Semestral ou Anual. Em caso de pagamento anual, este poderá ser à vista ou fracionado. A opção de periodicidade será determinada na Proposta de Adesão ou solicitada pelo segurado.**
- 12.7. **Fica facultado à Seguradora, mediante comunicação prévia ao Segurado, alterar a periodicidade de pagamento indicada na proposta de adesão, caso o prêmio não atinja o valor mínimo estabelecido para o plano de seguro.**
- 12.8. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o segurado poderá efetuar o pagamento do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas, e sem acréscimo de valor.
- 12.9. **Em caso de atraso no pagamento do prêmio será observado o disposto nos itens 17 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.**
- 12.10. **Caso o sinistro ocorra dentro do prazo de tolerância para pagamento do prêmio, conforme descrito no item 17 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado se for realizado dentro do prazo.**
- 12.11. **Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação de taxas do seguro, conforme previsto no item 14 – REAVALIAÇÃO DE TAXAS destas Condições Gerais.**
- 12.12. **NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NOS ITENS 17, 18, 19, 20 E 21.**
- 12.13. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio serão pagos por quem a legislação determinar, não podendo haver estipulação expressa.

13. TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO

- 13.1. **O reenquadramento de taxas por mudança de idade do segurado a ser aplicado na renovação anual da cobertura individual para reajuste do prêmio, sem prejuízo da atualização monetária prevista no item 16, respeitará a tabela a seguir:**

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

13.1.1. Percentuais aplicados sobre os prêmios das coberturas de Morte, Invalidez Permanente e Total por Doença (IFPD), Decessos e Aquisição de Jazigo.

13.1.2. 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, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

15. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 15.1. O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que seja aceita pela Seguradora e tenha sido paga o prêmio antecipado do seguro.**
- 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 e 21 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.**
- 15.3. A cobertura individual terá vigência pelo período em que a apólice coletiva estiver em vigor, ou seja, até o término de sua vigência, caso esta não seja renovada, respeitada a vigência dos prêmios pagos e o previsto nestas Condições Gerais.**
- 15.4. O certificado individual e seus endossos terão início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.**
- 15.5. Em cada uma das renovações da cobertura individual será emitido novo certificado individual ao segurado.**

16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 16.1. OS CAPITAIS SEGURADOS E OS PRÊMIOS DE CADA SEGURADO SERÃO ATUALIZADOS ANUALMENTE, COM BASE NA VARIAÇÃO DO IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO DA FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, ACUMULADO DOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES ATÉ O 2º (SEGUNDO) MÊS ANTERIOR AO ANIVERSÁRIO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL.**
- 16.2. No caso de extinção do índice acima pactuado, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.**

17. INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO

- 17.1. EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DA 1ª PARCELA DO PRÊMIO NA CONTRATAÇÃO ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO NÃO SERÁ CARACTERIZADA A EFETIVAÇÃO DA CONTRAÇÃO DO SEGURO.**
- 17.2. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À PRIMEIRA INICIARÁ A CONTAGEM DE PRAZO DE TOLERÂNCIA DE 60 (SESSENTA) DIAS PARA REGULARIZAÇÃO DO PAGAMENTO, CONTADOS A PARTIR DA DATA DE VENCIMENTO DA 1º (PRIMEIRA) PARCELA INADIMPLENTE.**
- 17.3. PARA OS CASOS DE OPÇÃO POR PAGAMENTO DE PRÊMIO ANUAL À VISTA, MENSAL, TRIMESTRAL OU SEMESTRAL:**
 - 17.3.1. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA, DESCRITO NO ITEM 17.2, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS DURANTE A INADIMPLÊNCIA, MAS O**

PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO FICARÁ CONDICIONADO AO RECEBIMENTO DO(S) PRÊMIO(S) DEVIDO(S), COM OS ENCARGOS PREVISTOS NOS ITENS 17.7, 17.8 E 17.9.

17.3.2. APÓS O TÉRMINO DO PRAZO DE TOLERÂNCIA, MENCIONADO NO ITEM 17.2, SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO.

17.4. PARA OS CASOS DE OPÇÃO POR PAGAMENTO DE PRÊMIO ANUAL FRACIONADO:

17.4.1. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À PRIMEIRA, O PRAZO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL SERÁ AJUSTADO EM FUNÇÃO DO PRÊMIO EFETIVAMENTE PAGO, TOMANDO-SE POR BASE O CÁLCULO PRÓ-RATA DIA.

17.4.2. RESTABELECIDO O PAGAMENTO DO PRÊMIO FICARÁ RESTAURADO O PRAZO ORIGINAL DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.

17.4.3. CASO NÃO HAJA PAGAMENTO DO PRÊMIO DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA DESCRITO NO ITEM 17.2, O SEGURO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO, RESPEITANDO-SE A VIGÊNCIA AJUSTADA, CONFORME DESCRITO NO ITEM 17.4.1.

17.5. NÃO CABERÁ RESTITUIÇÃO DE QUALQUER PARCELA DE PRÊMIO MENSAL QUE JÁ TENHA SIDO PAGA OU EM CASO DE PRÊMIO ANUAL À VISTA OU FRACIONADO, OU AINDA, PRÊMIO TRIMESTRAL OU SEMESTRAL, CUJA VIGÊNCIA DO ÚLTIMO PRÊMIO PAGO JÁ TENHA TERMINADO.

17.6. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO COM FIEL OBSERVÂNCIA DE TODOS OS PRÉ-REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DO PROPONENTE NO SEGURO, CONFORME DISPOSTO NO ITEM 7 – ACEITAÇÃO DO SEGURO. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, EM HIPÓTESE ALGUMA SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.

17.7. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDOS DA VARIAÇÃO DO IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO DA FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DO VENCIMENTO DO PRÊMIO EM ATRASO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SEU EFETIVO PAGAMENTO, CALCULADA NA BASE PRÓ-RATA DIA.

17.8. No caso de extinção do índice pactuado no item 17.7, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

17.9. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 17.7, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,50% (MEIO POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

18.1. A cobertura de qualquer segurado termina:

- a) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências em curso dos seguros individuais, cujo(s) prêmio(s) tenham sido pagos integralmente;
- b) em caso de rescisão da apólice, segundo as regras estabelecidas nas condições contratuais;
- c) com a exclusão do segurado da apólice:
 - i. pelo pagamento da indenização por: Morte, Antecipação de Indenização – prevista no item 3.1.2, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD);
 - ii. por falta de pagamento do prêmio anual à vista ou da 1ª (primeira) parcela do seguro;
 - iii. por atraso no pagamento do prêmio:
 - Se prêmio mensal, trimestral, semestral ou anual à vista: por período superior a 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de vencimento do 1º prêmio inadimplente;
 - Se prêmio anual ou fracionado: quando terminar o período de vigência individual correspondente ao prêmio pago, calculado na base “pró-rata dia”.
 - iv. na data em que for protocolado na Seguradora o pedido de cancelamento feito pelo segurado, desde que por escrito e devidamente assinado.
 - Caso o segurado tenha optado por periodicidade de pagamento de prêmio diferente de mensal, a seguradora reterá do prêmio, além dos emolumentos, a parte do tempo decorrido, calculado na base “pró-rata dia”;
 - Em caso de pagamento mensal não caberá qualquer devolução.
- d) com o término do vínculo entre o segurado e o Estipulante; e
- e) com esgotamento dos limites máximos de indenização.

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 2.88;
- 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 garantia 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 2.88;

- 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 garantia suplementar de INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE;
- e) Por solicitação do Segurado Principal.

19. PERDA DE DIREITOS

19.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ O PRÊMIO DO SEGURO E TERÁ AINDA O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, SE O SEGURADO AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO, OU CASO O ESTIPULANTE, O SEGURADO, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU CORRETOR OU SEU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS):

- A) FIZER(EM) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO. NESTE CASO, O SEGURADO TAMBÉM FICARÁ OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO.
- B) FALTAR COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTE SEGURO;
- C) NO CASO DE FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULAR ACIDENTE OU AGRAVAR AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.

19.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO ESTIPULANTE, DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, A SEGURADORA PODERÁ:

I. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:

- 19.2.1. CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU
- 19.2.2. MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.

II. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:

- 19.2.3. CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU
- 19.2.4. MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU DEDUZINDO-A DO VALOR A SER PAGO AO SEGURADO OU AO BENEFICIÁRIO OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.

III. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, MEDIANTE COBRANÇA DA DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

- 19.3. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À COBERTURA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL.
- 19.4. COMUNICADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, A SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO.
- 19.5. ENTRE OUTRAS OCORRÊNCIAS, TAMBÉM SE CARACTERIZA COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: MUDANÇA DE ATIVIDADE OU DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE.
- 19.6. A RESCISÃO DO CONTRATO DO SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

20. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 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 demais renovações deverão se dar por escrito entre o Estipulante e a Seguradora, a qualquer tempo, até o último dia da vigência em curso, salvo se a Seguradora ou o Estipulante tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação.
- 20.3. Caso haja, na renovação, qualquer alteração na apólice, que implique ônus, deveres adicionais aos segurados ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo.
- 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.

21. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 21.1. CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NO ITEM 23 – MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA, DESDE QUE HAJA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO, E MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (SESENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO AOS SEGURADOS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.
- 21.2. ESTE SEGURO SÓ PODERÁ SER RESCINDIDO, DURANTE A VIGÊNCIA DA APÓLICE COLETIVA, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES CONTRATANTES, DEVENDO HAVER ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO.

- 21.3. ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.
- 21.4. A SEGURADORA NÃO PODERÁ CANCELAR A APÓLICE COLETIVA DURANTE O PRAZO DE VIGÊNCIA SOB A ALEGAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA NATUREZA DOS RISCOS.

22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 22.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o solicitante deverá comunicar imediatamente o sinistro à Seguradora, por meio da Central de Atendimento, impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos.
- 22.2. Para o processo de regulação de sinistro deverão ser apresentados os documentos relacionados a seguir:
- 22.2.1. Documentação para **qualquer evento**:
- Formulário "aviso de sinistro" assinado pelo solicitante;
 - Cópia do RG e CPF do segurado;
 - Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante);
- 22.2.2. Para o evento de **Morte**, além dos documentos descritos no item 22.2.1, deverão ser apresentados também os seguintes documentos:
- Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
 - Quando a **Morte tiver ocorrido por acidente**, além do documento descrito na letra **"a" deste item**, também deverão ser apresentados:
 - Cópia do Laudo de Necropsia;
 - Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), **se cabível**;
 - Cópia do Brevê de Piloto, **em caso de acidente aeronáutico e se o segurado for o piloto**;
 - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), **se acidente automobilístico e o segurado for o condutor**;
 - Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
 - 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);
- 22.2.3. Para **Antecipação de Indenização** prevista no item 3.1.2, além dos documentos descritos no item 22.2.1, deverão ser apresentados também:
- 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;

- 22.2.4.** 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 das despesas com o funeral.
- 22.2.5.** 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)
- 22.2.6.** **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).
- 22.2.7.** 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.

22.2.8. 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 Autônômicas 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.

22.2.9. Para a **Garantia 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.

22.2.10. Para a **Garantia 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.

22.2.11. Para o evento **Doença Congênita** da **Garantia 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;
- 22.3. 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.**
- 22.4. Para a Cobertura de Decessos ou Aquisição de Jazigo:**
- 22.4.1. O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do capital segurado vigente na data do evento, bem como ao valor efetivamente dispendido pelo beneficiário.**
 - 22.4.2. 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.**
- 22.5. A SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE:**
- 22.5.1. 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;**
 - 22.5.2. SOLICITAR LAUDO SUBSCRITO PELO MÉDICO INDICADO POR ELA, O QUAL ATESTE O ESTADO TERMINAL RECLAMADO, QUANDO SOLICITADA A ANTECIPAÇÃO DE INDENIZAÇÃO, PREVISTA NO ITEM 3.1.2.**
- 22.6. 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.**
- 22.7. 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.**
- 22.8. A junta médica de que trata o item 22.7, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela Seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.**
- 22.9. 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.**
- 22.10. 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.

- 22.11. O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CONTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA A CURA COMPLETA.**
- 22.12.** 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.
- 22.13. 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.**
- 22.14. 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.
- 22.15.** A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas no item 22.2.
- 22.16.** A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos além dos mencionados no item 22.2, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 22.15, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.
- 22.17. SERÃO CONSIDERADOS COMO PENDENTES, SEM CONTAGEM DE PRAZO PARA PAGAMENTO, OS PROCESSOS DE SINISTRO COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA ATÉ A DATA DO PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO DOCUMENTO EXIGIDO, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL.**
- 22.18. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTE ITEM 22, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 22.18.1.** Para os casos de pagamento anual à vista, o cálculo de atualização das indenizações será efetuado considerando-se a última atualização monetária aplicada sobre o capital segurado, conforme previsto no item 16 até o último índice publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 22.19.** No caso de extinção do índice pactuado no item 22.18, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

- 22.20. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 22.18, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA PELO IPCA/IBGE, DE 0,50% (MEIO POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORE”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**
- 22.21. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-à independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 22.22. A indenização de qualquer uma das coberturas contratadas será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.
- 22.23. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.
- 22.24. 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.**
- 22.25. 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. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

- 23.1. **EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQÜÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM OS SEGURADOS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.**
- 23.2. **PARA OS SEGURADOS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO.**
- 23.3. Caso o Estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato, que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos ao longo de sua vigência, deverá apresentar à Seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 23.3.1. **A alteração só será válida e eficaz se a Seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo Endosso.**
- 23.3.2. No caso de aceitar a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.
- 23.3.3. **No caso de solicitação de documentos complementares, para análise da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.**

- 23.3.4.** A seguradora deverá, sendo caso, manifestar sua recusa à proposta de alteração no prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da proposta do Estipulante apresentada na forma acima.

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1. SÃO OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

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

24.2. É VEDADO AO ESTIPULANTE:

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

25. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

- 25.1.** A propaganda e promoção do seguro, por parte do estipulante e ou corretor, somente poderão ser feitas com autorização expressa da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas de seguro. Fica a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações **por ela expressamente autorizada.**

26. PRESCRIÇÃO

- 26.1.** Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

27. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- 27.1.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 27.2.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 27.3.** 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.
- 27.4.** As condições contratuais deste produto protocoladas pela Seguradora na SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da proposta de adesão.

28. FORO

- 28.1.** 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.
- 28.2.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.