

SEGURO DE PESSOAS

Vida Você Mulher

Condições Contratuais

Versão 4.1

CNPJ 54.484.753/0001-49
Processo SUSEP nº 15414.004012/2008-84

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE VIDA EM GRUPO – VERSÃO 4.1

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir, mediante o recebimento do prêmio, o pagamento de indenização à própria segurada ou seu(s) beneficiário(s), conforme o caso, respeitadas as condições contratuais em vigor na data de ocorrência do evento coberto, as coberturas contratadas e os limites dos 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 e violento, **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, **DA SEGURADA**, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) Incluem-se, ainda, neste conceito:

- a.1) O suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros 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 a segurada ficar sujeita em decorrência de acidente coberto;
- a.3) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) Os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) **Excluem-se do conceito de “acidente pessoal”:**

- 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 Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- 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”.

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 Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, 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 a Segurada 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 a Segurada 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 acaba por violar direito alheio ou causar 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 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 os valores dos capitais segurados, respeita(s) a(s) cobertura(s) contratada(s), na hipótese de ocorrência do sinistro 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 da segurada 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. Câncer de Mama: doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno na(s) mama(s) e caracterizado pelo crescimento e expansão descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo.

2.16. Câncer de Ovário: doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno no(s) ovário(s) e caracterizado pelo crescimento e expansão descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo.

2.17. Câncer de Útero: doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno no colo do útero e corpo uterino caracterizado pelo crescimento e expansão descontrolados de células malignas e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo.

2.18. Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela Seguradora ao beneficiário.

2.19. 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) em eventual ocorrência de evento coberto.

Não haverá carência para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, ressalvada a hipótese de suicídio (desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação ou de sua recondução, depois de suspenso), prevista no item 6.1 – CARÊNCIA destas Condições Gerais.

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

2.21. Certificado Individual: documento destinado à segurada, 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.

2.22. Cobertura: risco assumido pela seguradora, conforme o contrato de seguro, respeitados os eventos não cobertos e riscos excluídos.

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

2.24. Comoriência: É a presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.

2.25. 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.

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

2.27. Condições Especiais: conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidades de cobertura de um plano de seguro que, eventualmente, alteram as condições gerais.

2.28. Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, da(s) segurada(s), do(s) beneficiário(s) e do estipulante.

2.29. Conectividade com a Vida: Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

2.30. Consumpção: Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.31. 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, da(s) segurada(s) e do(s) beneficiário(s).

2.32. Corretor: É o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre seguradoras 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.

2.33. Custeio: o custeio será contributivo, ou seja, aquele em que as Seguradas efetuam o pagamento do prêmio integralmente.

2.34. Dados Antropométricos: No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura da segurada.

- 2.35. **Deambular:** Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.36. **Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** Documento utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual a proponente presta as informações e declarações sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.
- 2.37. **Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.38. **Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.39. **Doença 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 pela segurada, 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:** Na definição jurídica considera-se a 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 da segurada com o meio externo.
- 2.50. **Estipulante:** Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação da segurada, nos termos da legislação e regulação 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 prejuízo impeditivo 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 cobertas 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 segurada.
- 2.62. **Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde da proponente ou segurada.
- 2.63. **Médico-Assistente:** Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico da segurada. Não serão aceitos como médico-assistente a própria segurada, 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 apresentem 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 durante o qual a segurada ou o(s) beneficiário(s), quando for o caso, fará(ão) jus ao(s) capital(is) segurado(s) contratado(s), 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 à Vista:** quando o prêmio for referente a 12 (doze) meses de cobertura individual e pago em uma única parcela
- b) **Prêmio Anual Fracionado:** quando o prêmio 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:** a interessada 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, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.76. **Proposta de Contratação:** documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, no qual o proponente, pessoa jurídica, denominado Estipulante, assina expressando a 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:** Estrutura técnica em que os prêmios pagos por todas as seguradas 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 suas causas e circunstâncias a fim de se caracterizar o risco ocorrido e, em face dessas verificações, se concluir sobre a sua cobertura, bem como se a segurada 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.
- 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. **Segurada:** Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.87. **Seguradora:** Empresa legalmente autorizada para comercializar seguro, e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s) contratada(s), mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nestas condições contratuais.
- 2.88. **Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.89. **Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.90. **Sinistro:** Ocorrência de evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.
- 2.91. **Transferência Corporal:** Capacidade da segurada se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.
- 2.92. **Traslado:** transporte do corpo do local do óbito até o local de sepultamento no Brasil.
- 2.93. **Vigência da Apólice:** É o período no qual a Apólice Coletiva de Seguro está em vigor.
- 2.94. **Vigência da Cobertura Individual:** É o período em que, respeitada a apólice em vigor, a Segurada tem direito à(s) cobertura(s) do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. Coberturas Básicas:

3.1.1. **Morte:** Garante ao(s) beneficiário(s), o pagamento e 100% (cem por cento) do capital segurado contratado, no caso de morte natural ou acidental da segurada, observadas as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.

3.1.2. **Decessos:** Garante a prestação do serviço ou o reembolso das despesas cobertas comprovadas com o sepultamento ou a cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual da segurada), até o limite do capital segurado para esta cobertura, constante no certificado individual e acordado no contrato, em caso de falecimento da segurada, observadas as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.

3.1.2.1. A cobertura especificada neste item 3.1.2 será contratada no padrão Individual, ou seja, fica coberta somente a segurada.

3.1.2.2. O beneficiário poderá optar pelo reembolso OU pela prestação do serviço de sepultamento e/ou cremação da segurada (onde existir este serviço no município de moradia habitual da segurada), por meio de rede credenciada à seguradora, respeitado os limites e critérios estabelecidos no certificado individual.

3.1.2.3. 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 e mediante comprovação por notas fiscais originais ou cópia autenticada, sem rasuras.

3.1.2.4. 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. A Seguradora enviará um representante que:
- d.1) **Em caso de falecimento e sepultamento dentro do município de moradia habitual no Brasil:**
 - i. Irá 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 a respeito das providências tomadas.
 - d.2) **Em caso de falecimento no município de moradia habitual da segurada no Brasil com sepultamento fora de moradia habitual no Brasil:**
 - i. Irá à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento à funerária do município. Neste caso, as despesas com traslado do corpo 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 a respeito das providências tomadas.
 - d.3) **Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual da segurada 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 da segurada, onde será prestado também o serviço de sepultamento.
 - d.4) **Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual da segurada no Brasil e sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:**
 - i. Prestará o serviço no local do óbito, preparando toda a documentação necessária para o traslado do corpo e para o sepultamento em outro município; e
 - ii. O traslado do corpo será limitado aos valores equivalentes aos que seriam despendidos para o traslado até a moradia habitual da segurada 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 para a cobertura de Decessos.**
- g) A prestação do serviço não caracteriza direito as demais coberturas contratadas pela segurada. O direito às coberturas previstas no seguro se dará conforme as condições contratuais.

3.1.2.5. 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.

3.1.2.6. 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 da segurada.

3.1.2.7. 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.

3.1.2.8. 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.

3.1.2.9. 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 DA SEGURADA.**

3.1.2.10. **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 da segurada possua este serviço.

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

3.1.2.12. Não havendo jazigo da família, será alugado um jazigo pelo período de até 3 (três) anos em cemitério público, conforme legislação local. Quando não for possível a locação em cemitério público, será alugado em cemitério particular, no qual exista acordo com a prefeitura local, respeitado o valor do capital segurado.

3.1.2.13. **Traslado:** traslado do local onde ocorreu o óbito até o local de moradia habitual da segurada 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 da segurada.
- 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).**

3.1.2.14. 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 da segurada ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes, predefinidas pelo interessado, sobre o acontecimento.

3.1.3. ParaVida: Garante o pagamento do capital segurado à própria segurada, nos casos em que ela tiver sido diagnosticada com câncer de mama, útero ou ovário, observada as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.

3.1.3.1. Esta cobertura cessará quando a segurada atingir 66 (sessenta e seis) anos ou com o pagamento da indenização.

3.1.4. As coberturas básicas devem ser contratadas de forma conjunta.

3.2. As coberturas adicionais são:

3.2.1. Morte Acidental (MA): Garante ao(s) beneficiário(s), o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado, no caso de morte da segurada em decorrência de acidente pessoal coberto, observadas as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.

3.2.1.1. Esta garantia não poderá ser contratada isoladamente.

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

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

3.2.2.1. Essa garantia não poderá ser contratada isoladamente.

3.2.2.2. 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.

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

- a) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à porcentagem prevista na tabela para a sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da porcentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização proporcional será calculada, respectivamente, na base das porcentagens de 75% (SETENTA E CINCO POR CENTO), 50% (CINQUENTA POR CENTO) e 25% (VINTE E CINCO POR CENTO);
- b) Em todos os casos de Invalidez Permanente Parcial, não especificados na citada tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física da segurada, independentemente da sua profissão;
- c) Quando de um mesmo acidente resultar a invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por

cento) do capital segurado para esta cobertura. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total;

- d) A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente;
- e) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

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

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

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
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
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho quando a segurada já não tiver a outra vista	70
	Mudez incurável	50
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda Total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda Total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos cotovelos	25

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 SUPERIORES	Anquilose total de um dos ombros	25
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos Médios	12
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 05 (cinco) centímetros ou mais	15
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 04 (quatro) centímetros	10
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 (primeiro) dedo, indenização equivalente a 1/2 (metade), e dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) do respectivo dedo.	

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
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 COBERTURABÁSICA
DIVERSAS	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com fistulas	25
	Unilateral com fistulas	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 FONACÃO	
	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
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	

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

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

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
DIVERSAS	Intestino Delgado	
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	Ressecção parcial	20
	Intestino Grosso	
	Colostomia definitiva	40
	Colectomia total	40
	Colectomia parcial	20
	Reto e ânus	
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Retenção anal	10
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	Epilepsia pós-traumática	20
	Síndrome pós-concussional	05
	HÉRNIAS	
	Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40
	Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	20
	Hérnia de Disco Cervical	20
	Hérnia Incisional	20
	Hérnia de Hiato	10
	Hérnia Epigástrica	10
Hérnia Inguinal ou Inguino Escrotal	10	
Hérnia Umbilical	10	

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

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

3.2.3. **Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD):** Garante, em caso de evento coberto e desde que a segurada requeira, do 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 da segurada, sob critérios devidamente especificados no item 3.2.4.5 – Riscos Cobertos pela garantia de IFPD, observadas as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.

3.2.4. Essa garantia não poderá ser contratada isoladamente.

3.2.4.1. Para todos os efeitos desta cobertura é considerada Perda da Existência Independente da segurada a ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno

Exercício das Relações Autônomicas da segurada. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 22 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.

3.2.4.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, as seguradas portadoras de doença em estágio terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

3.2.4.3. 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, a segurada será automaticamente excluída 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, conforme item 16 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.

3.2.4.4. 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.

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

I. Considera-se como Riscos Cobertos pela Garantia 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:
 - ii. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

- iii. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- iv. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

II. 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 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência da segurada 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 2º ou no 3º 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.

3.2.4.6. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF:

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Relações da segurada com o cotidiano	1º grau: A segurada 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: A segurada 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: A segurada apresenta-se retida 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 da segurada	1º grau: A segurada apresenta-se hígida; 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: A segurada 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
Condições clínicas e estruturais da segurada	3º grau: A segurada apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Conectividade da segurada com a vida	1º grau: A segurada 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
	2º grau: A segurada 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: A segurada 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

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

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

3.2.5. Aquisição de Jazigo: Garante ao(s) beneficiário(s) do seguro o pagamento do capital segurado correspondente ao dobro do capital segurado contratado para a cobertura de Decessos ao beneficiário responsável pela aquisição, para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro, se disponível no local do sepultamento, em caso de falecimento da segurada, observadas as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.

3.2.5.1. Esta cobertura só poderá ser contratada com a cobertura de Decessos, descrita no item 3.1.2.

3.2.6. Esta indenização será paga de uma única vez, na ocasião da morte da segurada durante a vigência da cobertura individual.

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 DA SEGURADA OU QUE A OBRIGUE A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E QUE NÃO FOI(RAM) DECLARADA(S) PELA SEGURADA NA PROPOSTA DE ADESÃO;
- D) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL OU DO AUMENTO DE 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 PELA SEGURADA, 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 DA SEGURADA 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 VÔO 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 PREVIAMENTE ACORDADOS;

- B) CREMAÇÃO PARA AS SEGURADAS 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 GARANTIA 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 PARAVIDA DO SEGURO:

- A) O CÂNCER IN SITU NÃO INVASIVO DA MAMA E QUALQUER TUMOR MALIGNO NA PRESENÇA DE QUALQUER VÍRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA;
- B) O CÂNCER IN SITU NÃO INVASIVO DO OVÁRIO E QUALQUER TUMOR MALIGNO NA PRESENÇA DE QUALQUER VÍRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA;
- C) O CÂNCER IN SITU NÃO INVASIVO DO COLO DO ÚTERO E CORPO UTERINO E QUALQUER TUMOR NA PRESENÇA DE QUALQUER VÍRUS DE IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA; E
- D) AS DOENÇAS DETECTADAS DURANTE O PERÍODO DE CARÊNCIA DE 3 (TRÊS) MESES A PARTIR DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, CONFORME PREVISTO NESTA COBERTURA.

4.4. 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, CIRÚRGICOS OU POR EQUIPAMENTOS, QUANDO TAIS PROCEDIMENTOS NÃO FOREM RESULTANTES DE ACIDENTES COBERTOS;
- E) ACIDENTES MÉDICOS;
- F) PERTURBAÇÕES MENTAIS, NERVOSAS E EMOCIONAIS;
- G) ENVENENAMENTO POR ABSORÇÃO DE SUBSTÂNCIA TÓXICA, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES.

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

- A) AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: DORT – DOENÇAS OCUPACIONAIS RELACIONADAS AO TRABALHO, INCLUSIVE A LER – LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS, PROBLEMAS AUDITIVOS E OUTROS;
- B) PERDA DE DENTES E DANOS ESTÉTICOS; E

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

4.6. 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; E
- C) A DOENÇA CUJA EVOLUÇÃO NATURAL TENHA SIDO AGRAVADA POR TRAUMATISMO.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

5.2. A garantia de Decessos deste seguro, quando contratada, abrange a morte da segurada 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 da segurada no Brasil.

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 cobertura ParaVida haverá carência de 90 (noventa) dias corridos.

6.2.1. Deverá ser comprovado que o primeiro diagnóstico da neoplasia maligna de mama ou da neoplasia de colo do útero ocorreu em data posterior ao término do prazo de carência.

6.2.2. Caso seja diagnosticada a neoplasia maligna da mama ou do colo do útero durante o prazo de carência, a seguradora estará isenta de responsabilidade indenizatória e esta cobertura ficará cancelada.

6.3. O prazo de carência será contado a partir da data de início de vigência da cobertura ou do aumento do capital segurado.

6.4. 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 PELA 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 segurada, toda a 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 (dezesseis) anos e 65 (sessenta e cinco) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.

7.3. A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.

7.4. A contratação do seguro se formalizará pelo preenchimento da proposta de adesão individual com Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, devidamente assinada pelo proponente, seu representante legal, quando a 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 a proponente por escrito, devidamente justificada.

7.7. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias respeitada 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 garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé da segurada, 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 0,5% (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 POR PROCURAÇÃO.

7.17. A aceitação do seguro implicará na emissão, pela Seguradora, de Certificado Individual, que será entregue à segurada e conterá, no mínimo, a data de início e término de vigência da cobertura individual da segurada, o prêmio total e os capitais segurados de cada cobertura contratada. Em caso de inexatidão das informações do Certificado Individual, a segurada 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, a segurada poderá perder o direito à indenização.

8. BENEFICIÁRIOS

8.1. No caso da ocorrência do evento morte da segurada, a(s) indenização(ões) correspondente(s) à(s) cobertura(s) contratada(s), será(ão) paga(s) de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pela segurada. 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 efeito deste seguro, o(a) companheiro(a) poderá ser equiparado(a) ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que a segurada era solteira ou separada de fato.

8.3. Em caso de falecimento do único Beneficiário indicado no contrato de seguro antes do óbito da segurada (premoriência), e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, o capital segurado será pago aos Beneficiários legais da segurada, conforme item 8.1.

8.4. Em caso de falecimento de um dos Beneficiários indicados no contrato de seguro antes do óbito da segurada (premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com a distribuição do capital segurado destinado ao Beneficiário pré-morto entre os demais Beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pela segurada a cada um, de forma a preservar a sua manifestação de vontade.

8.5. Em caso de falecimento simultâneo da segurada 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.

8.6. EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DA SEGURADA, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A(S) PARTE(S) DA INDENIZAÇÃO QUE CABERIA(M) A ESTES SERÁ(ÃO) PAGA(S) AOS DEMAIS BENEFICIÁRIOS INDICADOS, EM PARTES PROPORCIONAIS, RESPEITADO O PERCENTUAL ORIGINALMENTE DEFINIDO PELA SEGURADA E, NA FALTA DE OUTROS BENEFICIÁRIOS, SERÁ PAGO CONFORME ESTABELECIDO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL.

8.7. Toda segurada tem o direito de indicar na respectiva proposta de adesão, o beneficiário do seguro.

8.8. SE A SEGURADA NÃO RENUNCIAR À FACULDADE, PODERÁ A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O BENEFICIÁRIO POR ATO ENTRE VIVOS OU DE ÚLTIMA VONTADE, MEDIANTE ENCAMINHAMENTO DO

FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS E BENEFICIÁRIOS, NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS E DEVIDAMENTE ASSINADO.

8.8.1. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE NO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL SUBSEQUENTE A DATA DO PROTOCOLO NA SEGURADORA, DA CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA PELA SEGURADA.

8.8.2. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, DEVIDAMENTE ASSINADA PELA SEGURADA, 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 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) ou Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD), o beneficiário será a própria segurada, ainda que assistida ou representada.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1. Entende-se por capital segurado o valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto, respeitados os limites estabelecidos para cada cobertura contratada.

9.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:

- a) Para as coberturas de acidentes pessoais: a data do acidente;
- b) Para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – IFPD: a data indicada na declaração médica.
- c) 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. 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), a segurada deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao 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 pela segurada.

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 à segurada, ao beneficiário ou ao Estipulante.

11.2. No Regime Financeiro de Repartição Simples, os prêmios pagos por todas as seguradas 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 segurada para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro.

12. PAGAMENTO DE PRÊMIO

12.1. O valor do prêmio inicial será determinado em função da idade da segurada, das coberturas contratadas, 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 DA SEGURADA, CONFORME TABELA DESCRITA NO ITEM 13.

12.3. Para garantir o seu direito à cobertura, a segurada 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 pela segurada, mediante contato com a Central de Atendimento e, quando se tratar de opção por débito em conta corrente, mediante preenchimento de autorização de débito, devidamente assinada.

12.5. Quando a segurada optar pelo pagamento em débito em conta corrente, a suspensão de autorização de débito caracterizará a inadimplência da segurada, 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 pela segurada.

12.7. Fica facultado à Seguradora, mediante comunicação prévia à Segurada, 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, a segurada 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 ainda 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 da segurada a ser aplicado na renovação anual da cobertura individual para reajuste do prêmio, sem prejuízo da atualização monetária prevista no item 16, respeitará as tabelas a seguir:

13.2. Fatores de acréscimo, em função da idade da segurada na renovação anual, aplicados sobre os prêmios das coberturas de Morte, Decessos e Aquisição de Jazigo:

Idade	Fator	Idade	Fator	Idade	Fator	Idade	Fator
14	-	27	1,0462	40	1,0984	53	1,0811
15	1,0233	28	1,0294	41	1,1190	54	1,0750
16	1,0227	29	1,0429	42	1,1208	55	1,0716
17	1,0222	30	1,0411	43	1,1317	56	1,0701
18	1,0218	31	1,0362	44	1,1270	57	1,0671
19	1,0426	32	1,0253	45	1,1268	58	1,0658
20	1,0408	33	1,0370	46	1,1208	59	1,0672
21	1,0392	34	1,0476	47	1,1190	60	1,0720
22	1,0377	35	1,0455	48	1,1096	61	1,0767
23	1,0364	36	1,0543	49	1,1048	62	1,0846
24	1,0526	37	1,0619	50	1,1003	63	1,0914
25	1,0333	38	1,0777	51	1,0911	64	1,0969
26	1,0484	39	1,0991	52	1,0858	65	1,1021

13.3. Fatores de acréscimo, em função da idade da segurada na renovação anual, aplicados sobre os prêmios da cobertura ParaVida:

Idade	Fator	Idade	Fator	Idade	Fator	Idade	Fator
14	-	27	1,0000	40	1,1538	53	1,0500
15	1,0000	28	1,3333	41	1,0667	54	1,0714
16	1,0000	29	1,0000	42	1,1250	55	1,0667
17	1,0000	30	1,2500	43	1,1111	56	1,0417
18	1,0000	31	1,0000	44	1,1000	57	1,0600
19	2,0000	32	1,2000	45	1,0455	58	1,0566
20	1,0000	33	1,1667	46	1,0870	59	1,0536
21	1,0000	34	1,1429	47	1,1200	60	1,0508
22	1,0000	35	1,1250	48	1,0714	61	1,0484
23	1,0000	36	1,1111	49	1,0667	62	1,0462
24	1,5000	37	1,1000	50	1,0938	63	1,0441
25	1,0000	38	1,0909	51	1,0571	64	1,0563
26	1,0000	39	1,0833	52	1,0811	65	1,0267

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

13.5. Fatores de acréscimo, em função da idade da segurada na renovação anual, aplicados sobre os prêmios da cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD):

Idade	Fator	Idade	Fator	Idade	Fator	Idade	Fator
14	-	27	1,0533	40	1,0817	53	1,0998
15	1,0248	28	1,0554	41	1,0963	54	1,0952
16	1,0261	29	1,0569	42	1,1176	55	1,0912
17	1,0290	30	1,0602	43	1,1302	56	1,0876
18	1,0300	31	1,0627	44	1,1366	57	1,0843
19	1,0325	32	1,0647	45	1,1374	58	1,0815
20	1,0348	33	1,0677	46	1,1355	59	1,0791
21	1,0385	34	1,0693	47	1,1314	60	1,0770
22	1,0402	35	1,0725	48	1,1265	61	1,0771
23	1,0415	36	1,0740	49	1,1208	62	1,0788
24	1,0441	37	1,0757	50	1,1151	63	1,0806
25	1,0478	38	1,0784	51	1,1098	64	1,0822
26	1,0495	39	1,0802	52	1,1046	65	1,0838

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 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 estabelecida no certificado individual.

15.2. O prazo de vigência da cobertura individual é de 1 (um) ano, ou até o fim da vigência da apólice coletiva, o que ocorrer primeiro, desde que respeitados os prêmios pagos. O seguro poderá ser renovado automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa, por solicitação escrita, até o vencimento do respectivo certificado, respeitadas as cláusulas Término da Cobertura Individual, Cancelamento da Apólice e Vigência e Renovação da Apólice.

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

15.4. Em cada uma das renovações da cobertura individual será emitido novo certificado individual à segurada.

16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

16.1. OS CAPITAIS SEGURADOS E OS PRÊMIOS DE CADA SEGURADA 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 (PRIMEIRA) 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 DO 1º (PRIMEIRO) PRÊMIO 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 COM A CONSEQUENTE COBRANÇA DO(S) PRÊMIO(S) DEVIDO(S).

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 ESTARÁ 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 1ª (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

17.5. 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 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS. 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, OU POR OUTRO ÍNDICE OFICIAL QUE VENHA A SUBSTITUÍ-LO.

17.8. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 17.7, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,5% (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 da segurada 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 rescisão da apólice, segundo as regras estabelecidas nas condições contratuais;
- c) Com a exclusão da segurada da apólice:
 - i. pelo pagamento da indenização por: Morte, Morte Acidental, 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:
 - 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 (primeiro) prêmio inadimplente;
 - Se prêmio anual fracionado: quando terminar o período de vigência individual correspondente ao prêmio pago, calculado na base "pró-rata temporis".
 - iv. na data em que for protocolado na Seguradora o pedido de cancelamento feito pela segurada, desde que por escrito e devidamente assinado.
- d) Com o término do vínculo entre o segurado e o Estipulante;
- e) Com o esgotamento dos limites máximos de indenização.

18.2. Na hipótese da segurada, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

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 A SEGURADA AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO, OU CASO O ESTIPULANTE, A SEGURADA, 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, A SEGURADA TAMBÉM FICARÁ OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO;
- B) FALTAR COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTES SEGUROS;

C) NO CASO DE FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULAR ACIDENTE OU AGRAVAR AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.

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

I. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:

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

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

- A) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU
- B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU 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. A SEGURADA É OBRIGADA 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 GARANTIA, 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 À SEGURADA, 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 à Segurada.

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 às seguradas ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência das seguradas que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo.

20.4. A apólice coletiva e seus respectivos 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 (SESSENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO ÀS SEGURADAS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.

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

22. 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**:

- a) Formulário "aviso de sinistro" assinado pelo solicitante;
- b) Cópia do RG e CPF da segurada;
- c) Cópia do comprovante de residência em nome da segurada 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:

- a) Cópia da Certidão de Óbito da segurada;
- b) Quando a **Morte tiver ocorrido por acidente**, além do documento descrito na letra "a)", também deverão ser apresentadas:
 - i. Cópia do Laudo de Necropsia;
 - ii. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se **cabível**;
 - iii. Cópia do Brevê de Piloto, em caso de acidente aeronáutico e se a segurada for o piloto;
 - iv. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e a segurada for a condutora;

- v. Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
- vi. Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for a segurada);

22.2.3. Para o pedido de reembolso de despesas da cobertura de **Decessos**, além dos documentos descritos nos itens 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.

22.2.4. Para o evento de **Diagnóstico de Câncer da cobertura ParaVida**, além dos documentos descritos no item 22.2.1, deverão ser apresentados também os seguintes documentos:

- a) Comunicado de Sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);
- b) Relatório médico-hospitalar expedido pelo médico ou entidade hospitalar, informando o diagnóstico e o quadro clínico, bem como todos os procedimentos médicos que serviram de embasamento ao relatório; e
- c) cópia do exame histológico conclusivo.

22.2.5. O(s) beneficiário(s) indicado(s) pela segurada, 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 pela segurada, 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 da segurada, **necessária somente** caso o estado civil da segurada 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 da segurada, 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 da segurada(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 nos tópicos "ii" até "vi" letra "b" do item 22.2.2 deverão ser apresentados também:

- a) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica, assinado pela segurada ou seu representante legal, quando for o caso;
- b) No lugar do Boletim de Ocorrência, citado no subitem “ii” da letra “ii” 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 da segurada, 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 da segurada 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 teve 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 3.2.4.5. – “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 Autônomicas da segurada.
 - 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.

22.3. Para a Garantia de Decessos ou Aquisição de Jazigo:

22.3.1. O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

22.3.2. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pela segurada, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizando monetariamente.

22.4. A SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE:

22.4.1. SUBMETER A SEGURADA 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. 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.

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

22.7. A junta médica de que trata o item 22.6, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pela segurada 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, pela segurada 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 pela segurada.

22.8. 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.

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

22.10. A SEGURADA ACIDENTADA DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CONTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA A CURA COMPLETA.

22.11. Os menores de 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.

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

22.13. A Segurada, ao contratar o seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos dele, 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 a Segurada por meio de seu médico assistente.

22.14. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas no item 22.2.

22.15. 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 22.14 no caso de solicitação de nova documentação ou informações necessárias para a liquidação do sinistro, voltando a correr, a contagem do prazo a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.

22.16. SERÃO CONSIDERADOS COMO PENDENTES, SEM CONTAGEM DE PRAZO PARA PAGAMENTO, OS PROCESSOS DE SINISTRO COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA ATÉ A DATA DO PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO DOCUMENTO EXIGIDO, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL.

22.17. 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.

22.17.1. Para os casos de pagamento anual à vista, o cálculo de atualização das indenizações será efetuado considerando-se a última atualização monetária aplicada sobre o capital segurado, conforme previsto no item Erro! Fonte de referência não encontrada. até o último índice publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

22.18. No caso de extinção do índice pactuado no item 22.17, 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.

22.19. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 22.17, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, 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.

22.20. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios serão feitos independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

22.21. A indenização de qualquer uma das coberturas contratadas será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.

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

22.23. 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 DA SEGURADA.

22.24. As providências ou atos que a Seguradora praticar durante a liquidação do sinistro não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro.

23. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

23.1. EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQUÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM AS SEGURADAS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.

23.2. PARA AS SEGURADAS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS OU DEVER PARA AS SEGURADAS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DAS SEGURADAS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, $\frac{3}{4}$ (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 das seguradas 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 DAS SEGURADAS, 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 À SEGURADA, 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 AS SEGURADAS 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 A SEGURADA;
- 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 ÀS SEGURADAS 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;

M) CUMPRIR TODAS AS CLÁUSULAS DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

24.2. É VEDADO AO ESTIPULANTE:

- A) COBRAR, DAS SEGURADAS, QUAISQUER VALORES RELATIVOS AO SEGURO, ALÉM DOS ESPECIFICADOS PELA SEGURADORA;
- B) RESCINDIR O CONTRATO SEM ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE UM NÚMERO DE SEGURADAS QUE REPRESENTA, NO MÍNIMO, $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO;
- C) EFETUAR PROPAGANDA E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM PRÉVIA ANUÊNCIA DA SEGURADORA, E SEM RESPEITAR A FIDELIDADE 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 fidelidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizada.

26. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

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. A segurada 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 da segurada ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

28. FORO

28.1. Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio da segurada 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.