

SEGURO DE VIDA EM GRUPO

MAPFRE VIDA VOCÊ MULTIFLEX

Condições Gerais e Especiais

Versão 4.0

Processo SUSEP N°: VG 15414.004036/2008-33 APC 15414.004011/2008-30
Doenças Graves (DG) 15414.004162/2009-79

ÍNDICE

CONTRATO MAPFRE VIDA VOCÊ MULTIFLEX	7
1. OBJETIVO	7
2. DEFINIÇÕES.....	7
3. COBERTURAS	7
4. CARÊNCIA.....	10
5. ACEITAÇÃO DO SEGURO	10
6. CUSTEIO.....	11
7. PAGAMENTO DE PRÊMIO	11
8. TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO	11
9. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	12
10. BENEFÍCIOS AGREGADOS	12
11. PROMOÇÃO DE CESSÃO DE SORTEIO DE CAPITALIZAÇÃO.....	12
12. DISPOSIÇÕES GERAIS	13
CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO	14
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	14
2. DEFINIÇÕES.....	14
3. COBERTURAS DO SEGURO	20
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	36
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	39
6. CARÊNCIA.....	39
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO	39
8. BENEFICIÁRIOS	41
9. CAPITAL SEGURADO	42
10. CUSTEIO DO SEGURO.....	43
11. REGIME FINANCEIRO	43
12. PAGAMENTO DE PRÊMIO	43
13. TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO	45
14. REAVALIAÇÃO DE TAXAS	45
15. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	46
16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	46
17. INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO.....	46
18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	47
19. PERDA DE DIREITOS	48

20. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	50
21. CANCELAMENTO DA APÓLICE	50
22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	50
23. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS.....	55
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	56
25. PROPAGANDA E PUBLICIDADE	57
26. PRESCRIÇÃO.....	57
27. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	57
28. FORO	58
CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE DOENÇAS GRAVES	59
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	59
2. DEFINIÇÕES.....	59
3. COBERTURAS DO SEGURO	64
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	65
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	67
6. CARÊNCIA.....	67
7. ACEITAÇÃO E ADESÃO DO SEGURO.....	68
8. BENEFICIÁRIOS	69
9. CAPITAL SEGURADO	69
10. CUSTEIO DO SEGURO.....	70
11. REGIME FINANCEIRO	70
12. PAGAMENTO DE PRÊMIO	70
13. SEGURADOS AFASTADOS	72
14. TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO	72
15. REAVALIAÇÃO DE TAXAS	72
16. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	72
17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	73
18. INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO.....	73
19. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	74
20. PERDA DE DIREITOS	75
21. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	76
22. CANCELAMENTO DA APÓLICE	76
23. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	77
24. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS.....	79
25. PROPAGANDA E PUBLICIDADE.....	81

26. PRESCRIÇÃO.....	81
27. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	81
28. FORO	81
CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO	82
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	82
2. DEFINIÇÕES.....	82
3. COBERTURAS DO SEGURO	86
4. RISCOS EXCLUÍDOS	92
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	94
6. CARÊNCIA.....	94
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO	94
8. BENEFICIÁRIOS	96
9. CAPITAL SEGURADO	97
10. CUSTEIO DO SEGURO.....	97
11. REGIME FINANCEIRO	97
12. PAGAMENTO DE PRÊMIO	98
13. REAVALIAÇÃO DE TAXAS	99
14. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	99
15. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	99
16. INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO.....	99
17. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	101
18. PERDA DE DIREITOS	101
19. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	102
20. CANCELAMENTO DA APÓLICE	103
21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	103
22. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS.....	106
23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	107
24. PROPAGANDA E PUBLICIDADE	108
25. PRESCRIÇÃO.....	108
26. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	108
27. FORO	109
CONDIÇÕES ESPECIAIS DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA	110
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	110
2. COBERTURAS DO SEGURO	110
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	110

4. BENEFICIÁRIOS	110
5. CAPITAL SEGURADO	111
6. INÍCIO DA COBERTURA.....	111
7. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	111
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	111
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	111
10. OBJETIVO DO SEGURO.....	111
11. COBERTURADO SEGURO	111
12. RISCOS EXCLUÍDOS	114
13. BENEFICIÁRIOS	115
14. CAPITAL SEGURADO	115
15. INÍCIO DA COBERTURA.....	115
16. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	115
17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	115
18. DISPOSIÇÕES GERAIS	116
CONDIÇÕES ESPECIAIS DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS.....	117
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	117
2. COBERTURAS DO SEGURO	117
3. RISCOS EXCLUÍDOS	117
4. BENEFICIÁRIOS	117
5. CAPITAL SEGURADO	117
6. PAGAMENTO DE PRÊMIO	118
7. INÍCIO DA COBERTURA.....	118
8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	118
9. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS	118
10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	118
11. DISPOSIÇÕES GERAIS	119
CONDIÇÕES ESPECIAIS DE DECESSOS.....	120
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	120
2. COBERTURADO SEGURO	120
3. RISCOS EXCLUÍDOS	123
4. BENEFICIÁRIOS	123
5. CAPITAL SEGURADO	123
6. INÍCIO DA COBERTURA.....	123
7. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	123

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	123
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	124
CONDIÇÕES ESPECIAIS DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO	125
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	125
2. COBERTURAS DO SEGURO	125
3. RISCOS EXCLUÍDOS	125
4. BENEFICIÁRIOS	125
5. CAPITAL SEGURADO	125
6. INÍCIO DA COBERTURA.....	125
7. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	126
8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	126
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	126
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE. 127	
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	127
2. DEFINIÇÕES.....	127
3. COBERTURAS DO SEGURO	127
4. RISCOS EXCLUÍDOS	128
5. BENEFICIÁRIOS	128
6. CAPITAL SEGURADO	128
7. INÍCIO DA COBERTURA.....	128
8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	128
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	129
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	129
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FILHOS	130
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	130
2. DEFINIÇÕES.....	130
3. COBERTURAS DO SEGURO	130
4. RISCOS EXCLUÍDOS	131
5. BENEFICIÁRIOS	131
6. CAPITAL SEGURADO	131
7. INÍCIO DA COBERTURA.....	131
8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	131
9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO	132
10. DISPOSIÇÕES GERAIS	132
MANUAL DE ASSISTÊNCIAS	133

1. TELEFONES DE EMERGÊNCIA – 24H, 7 DIAS POR SEMANA.....	133
2. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES	133
3. REEMBOLSO DE DESPESAS	133
GARANTIAS DA ASSISTÊNCIA À PESSOA	134
1. DEFINIÇÕES.....	134
2. FRANQUIA QUILOMÉTRICA.....	134
3. ÂMBITO TERRITORIAL E DURAÇÃO.....	134
4. GARANTIAS DE ASSISTÊNCIAS À PESSOA	134
5. GARANTIAS RELATIVAS AS BAGAGENS E OBJETOS PESSOAIS.....	138
6. GARANTIAS DE ASSISTÊNCIA A RECOLOCAÇÃO PROFISSIONAL.....	139
7. ASSISTÊNCIA VEÍCULO.....	140
8. GARANTIAS DE ASSISTÊNCIA A RESIDÊNCIA ASSISTIDA.....	140
9. EXCLUSÃO.....	141
10. COMUNICAÇÃO.....	142
11. CANCELAMENTO DOS DIREITOS DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS	142
12. DESCONTO EM MEDICAMENTOS	142
13. PROMOÇÃO DE CESSÃO DE SORTEIO DE CAPITALIZAÇÃO	143
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE (SAC) E OUVIDOR DO SEGURADO.....	144

CONTRATO MAPFRE VIDA VOCÊ MULTIFLEX

Vida Seguradora S.A., com sede na Av. das Nações Unidas, 11.711 – 17º andar, Brooklin Paulista, São Paulo – SP, regularmente inscrita no CNPJ sob o nº 02.238.239/0001-20, neste ato representada na forma de seu estatuto social, a seguir denominada simplesmente seguradora e, de outro lado, **Viva Vida Clube de Seguros**, com sede na Rua Araújo Porto Alegre, 36 – 3º andar, Centro, Rio de Janeiro – RJ, regularmente inscrita no CNPJ sob o nº 04.081.628/0001-10, neste ato representado na forma de seu estatuto social, a seguir denominado simplesmente estipulante, têm entre si, justo e acordado, nos termos da legislação vigente, a presente apólice de Seguro de Vida, Doenças Graves e Acidentes Pessoais contratada com base nas condições gerais dos seguros de Vida em Grupo – Processo SUSEP nº 15414.004036/2008-33 e seguro de Doenças Graves – Processo SUSEP nº 15414.004162/2009-79 e das condições gerais e especiais do seguro de Acidentes Pessoais – Processo SUSEP nº 15414.004011/2008-30, bem como as seguintes condições estipuladas:

1. OBJETIVO

- 1.1. Este Contrato tem por objetivo garantir, mediante o recebimento do prêmio, o pagamento do capital segurado ao próprio segurado ou seu(s) beneficiário(s), conforme o caso, respeitadas as condições contratuais em vigor na data de ocorrência do evento coberto, as coberturas e os limites de capitais segurados contratados, **observados os riscos expressamente excluídos**.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).

3. COBERTURAS

- 3.1. Este seguro oferece as seguintes coberturas, desde que especificadas na Proposta de Adesão:
- 3.1.1. **Morte:** Garante ao beneficiário o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado no **caso de morte natural ou acidental do segurado, observadas as condições contratuais, desde que não se trate de riscos expressamente excluídos**.
- 3.1.1.1. Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente.
- 3.1.1.2. **Antecipação de Indenização:** Garante o adiantamento de até 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para cobertura de morte mediante solicitação do segurado ou de seu representante legal, quando o segurado se encontrar em fase terminal, conforme definido no item 2.67 das Condições Gerais do Seguro de Vida em Grupo Processo SUSEP nº 15414.004036-2008-33, ocasionada por doenças ou acidente, cuja data de início da moléstia e de seu diagnóstico, ou acidente, seja posterior à sua inclusão na apólice e desde que decorrido o prazo de carência, conforme item 6 – CARÊNCIA das Condições Gerais citadas neste item e **não se trate de risco expressamente excluído na apólice contratada**.
- 3.1.2. **Decessos:** Garante a prestação do serviço ou o reembolso dos gastos com o sepultamento ou a cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado), **até o limite do capital segurado contratado para esta cobertura**, constante na proposta de adesão e certificado individual, **em caso de falecimento do segurado, observadas as condições contratuais, desde que não se trate de riscos expressamente excluídos**.

- 3.1.2.1.** Os serviços desta cobertura poderão ser contratados nos padrões Individual ou Familiar, conforme descrito nas Condições Gerais do Seguro de Vida em Grupo do Processo SUSEP nº 15414.004036/2008-33 e nas Condições Especiais do Seguro de Acidentes Pessoais do Processo SUSEP nº 15414.004011/2008-30.
- 3.1.2.2.** Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.
- 3.1.3. Aquisição de Jazigo:** Garante ao(s) beneficiário(s) do seguro o pagamento de um valor correspondente ao dobro do capital segurado contratado na cobertura de Decessos, para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro, se disponível no local do sepultamento, em caso de falecimento do segurado designado no seguro, observadas as condições contratuais e desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.
- 3.1.3.1.** Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Decessos.
- 3.1.4. Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD):** Garante, em caso de evento coberto e desde que o segurado requeira, o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a cobertura de Morte, caso seja caracterizada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, conseqüente de doença que cause a Perda da Existência Independente do segurado, sob critérios devidamente especificados no item 3.7.7 – Riscos Cobertos pela cobertura de IFPD das Condições Gerais do Seguro de Vida em Grupo Processo SUSEP nº 15414.004036/2008-33, observadas as condições contratuais e desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.
- 3.1.4.1.** Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte.
- 3.1.5. Doenças Graves (DG):** Garante ao segurado o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado, no caso de diagnóstico de uma das doenças previstas nas condições contratuais, desde que este diagnóstico ocorra durante a vigência do seguro, porém após o período de carência descrito no item 4.3 deste Contrato, observada as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.
- 3.1.5.1.** As doenças ou procedimentos previstos nessas condições são:
- Câncer;
 - Infarto;
 - Acidente Vascular Cerebral (AVC);
 - Cirurgia Coronariana;
 - Insuficiência Renal;
 - Transplantes de órgãos.
- 3.1.5.2.** A elegibilidade a indenização se dará após o 30º (trigésimo) dia da data do diagnóstico da doença coberta, desde que o segurado esteja vivo.
- 3.1.5.3.** Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte.
- 3.1.6. Morte Acidental (MA):** Garante ao beneficiário o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado no caso de morte do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto, observadas as condições contratuais, desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.
- 3.1.6.1.** Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente.
- 3.1.7. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** Garante o pagamento de indenização ao próprio segurado referente à perda, à redução ou à impotência funcional

definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal coberto, calculada conforme TABELA PARA O CÁLCULO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, constante no item 3.5.4, das Condições Gerais do Seguro de Vida em Grupo Processo SUSEP nº 15414.004036/2008-33 e no item 3.2.3 das Condições Gerais do Seguro de Acidentes Pessoais Processo SUSEP nº 15414.004011/2008-30, **limitado ao valor correspondente a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, observadas as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**

- 3.1.7.1.** Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente.
- 3.1.8. Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPA Majorada):** Garante, mediante pagamento de prêmio adicional, a **elevação do percentual da indenização de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente para 100% (cem por cento)**, em virtude de lesão física, causada por **acidente pessoal coberto para os membros ou órgãos descritos a seguir, observadas as condições contratuais e desde que não se trate de riscos expressamente excluídos:**
- a) Perda total do uso de um dos dedos indicadores.....de 15% para 100%
 - b) Perda total do uso de um dos polegares.....de 18% para 100%
 - c) Perda total da visão de um olho.....de 30% para 100%
 - d) Perda total do uso de uma das mãos.....de 60% para 100%
- 3.1.8.1. Esta cobertura poderá ser contratada somente em conjunto com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).**
- 3.1.9. Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO):** É a cobertura do reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas para o tratamento do segurado, **em decorrência de acidente pessoal coberto**, até o limite do capital segurado desta cobertura, necessárias para seu restabelecimento, com acompanhamento médico, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias, contados a partir da data do acidente, **observados os riscos expressamente excluídos.**
- 3.1.9.1. Esta cobertura poderá ser contratada somente em conjunto com a cobertura de Morte Acidental (MA) e/ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) previstas nas Condições Gerais do Seguro de Acidentes Pessoais do Processo SUSEP nº 15414.004011/2008-30.**
- 3.1.10. Cobertura Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge:** Garante o pagamento de indenização ao Segurado Principal ou ao próprio Dependente Cônjuge/Companheiro, mediante pagamento de prêmio específico, desde que preenchida e assinada a proposta de adesão pelo próprio Dependente Cônjuge/Companheiro(a), **observadas as condições contratuais e não se trate de riscos expressamente excluídos.**
- 3.1.10.1.** Poderão ser contratadas para o Segurado Dependente Cônjuge, as coberturas de Morte, incluindo a antecipação de Indenização, prevista no item 3.1.1.2 deste Contrato, Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), **desde que estas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal e estejam especificadas na Proposta de Adesão.**
- 3.1.10.2.** O capital segurado para as coberturas do Dependente Cônjuge/Companheiro(a) será de até 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a mesma cobertura do Segurado Titular, conforme especificado na Proposta de Adesão.
- 3.1.11. Cobertura Suplementar de Inclusão de Filhos:** Garante o pagamento de indenização ao Segurado Principal ou ao próprio Dependente Filho, mediante pagamento de prêmio específico, quando solicitar inclusão de seu(s) filho(s) dependente(s), por escrito na Proposta

de Adesão **observadas as condições contratuais e desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**

- 3.1.11.1.** Poderão ser contratadas as seguintes coberturas para o Dependente Filho: Morte, Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Doenças Congênitas, **desde que estas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal e estejam especificadas na Proposta de Adesão.**
- 3.1.11.2. Doenças Congênitas:** Garante o pagamento de indenização ao Segurado Principal de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a cobertura de Morte do Dependente Filho, quando ocorrer o nascimento com vida de filho, portador de invalidez irreversível, causada por doença congênita que demande a permanente ajuda de terceiros com clara indicação de que este não poderá exercer atividades remuneradas, respeitado o prazo de carência descrito no item 4.4 deste Contrato, **observadas as condições contratuais e desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**

4. CARÊNCIA

- 4.1.** Haverá carência de 2 (dois) anos ininterruptos para a tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.
- 4.2.** Para a Antecipação de Indenização, prevista no item 3.1.1.2 deste Contrato, haverá carência de 60 (sessenta) dias.
- 4.3.** Para a cobertura de Doenças Graves haverá carência de 90 (noventa) dias.
- 4.3.1.** Além do cumprimento do período de carência previsto para a cobertura de Doenças Graves, deverá ser cumprido o prazo para elegibilidade à indenização, descrito no item 3.1.5.2 deste Contrato.
- 4.4.** Para a cobertura de Doença Congênita da Cobertura Suplementar de Inclusão de Filhos haverá carência de 90 (noventa) dias.
- 4.4.1.** Somente terão cobertura os casos que não tenham conhecimento ou a preexistência de doença congênita ou qualquer outra anormalidade no período de gestação até a conclusão do período de carência.
- 4.5.** O prazo de carência será contado a partir da data de início de vigência da cobertura ou do aumento do capital segurado.
- 4.6.** Não haverá carência para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, ressalvada a hipótese prevista no item 4.1 deste Contrato.

5. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 5.1.** Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente, pessoa física, que esteja, na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em perfeitas condições de saúde e **com idade compreendida entre 16 (dezesesseis) anos e 65 (sessenta e cinco) anos.**
- 5.1.1.** Quando contratadas **somente** as coberturas: Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Majorada por Acidente (IPA Majorada), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Decessos e Aquisição de Jazigo e coberturas suplementares de Inclusão Facultativa de Cônjuge e Inclusão de Filhos **sem que tenha havido a contratação de: Morte, Invalidez Funcional Permanente e Total por**

Doença (IFPD) e Doenças Graves (DG), o limite de idade para contratação do seguro será de 16 (dezesesseis) anos até 70 (setenta) anos.

- 5.2. A aceitação do seguro implicará na emissão, pela Seguradora, de Certificado Individual, que será entregue ao Segurado

6. CUSTEIO

- 6.1. O custeio do prêmio do seguro de todas as coberturas será **CONTRIBUTÁRIO**, ou seja, o prêmio será integralmente pago pelo segurado principal.

7. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 7.1. A forma de pagamento do seguro poderá ser por débito em conta corrente nos bancos credenciados da seguradora, ficha de compensação ou carnê a favor de terceiros, conforme determinado na Proposta de Adesão ou solicitado pelo segurado, mediante contato com a Central de Atendimento e, quando se tratar de opção por débito em conta corrente, mediante preenchimento de autorização, devidamente assinada.
- 7.2. **A periodicidade de pagamento do prêmio poderá ser: Mensal, Trimestral, Semestral ou Anual. Em caso de pagamento anual, este poderá ser à vista ou fracionado. A opção de periodicidade será determinada na Proposta de Adesão ou solicitada pelo segurado.**
- 7.3. **NA RENOVAÇÃO ANUAL DA COBERTURA INDIVIDUAL E SEM PREJUÍZO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA PREVISTA NO ITEM 16 DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO PROCESSO SUSEP n° 15414.004036/2008-33, ITEM 17 DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE DOENÇAS GRAVES PROCESSO SUSEP N° 15414.004162/2009-79 E ITEM 15 DAS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS PROCESSO SUSEP N/ 15414.004011/2008/30, O VALOR DO PRÊMIO SERÁ REAJUSTADO EM FUNÇÃO DO REENQUADRAMENTO DE TAXAS POR MUDANÇA DE IDADE DO SEGURADO, CONFORME DESCRITO NO ITEM 8.**
- 7.4. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação de taxas do seguro, conforme previsto no item 14 – REAVALIAÇÃO DE TAXAS das Condições Gerais do Seguro de Vida em Grupo Processo SUSEP n° 15414.004036/2008-33, item 15 – REAVALIAÇÃO DE TAXAS das Condições Gerais do Seguro de Doenças Graves Processo SUSEP n° 15414.004162/2009-79 e item 13 – REAVALIAÇÃO DE TAXAS do Seguro de Acidentes Pessoais Processo SUSEP n° 15414.004011/2008-30.

8. TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO

- 8.1. O reenquadramento etário será aplicado sem prejuízo da atualização monetária anual.
- 8.2. Para as coberturas do Seguro de Vida em Grupo Processo SUSEP n° 15414.004036/2008-33 o reenquadramento de taxas por mudança de idade do segurado será aplicado na renovação anual da cobertura individual e o percentual máximo de reajuste anual por idade será de acordo com a Tabela prevista no item 13 das Condições Gerais desse seguro.
- 8.3. Para o Seguro de Doenças Graves o reenquadramento de taxas por mudança de faixa etária será aplicado a partir da data de renovação da cobertura individual sempre que o segurado mudar de faixa etária, conforme tabela a seguir:

Faixa Etária	Varição Máxima % da taxa em relação à Faixa Etária anterior	Faixa Etária	Varição Máxima % da taxa em relação à Faixa Etária anterior
Até 30 anos	- x -	De 51 a 55 anos	48,00%
De 31 a 40 anos	106,85%	De 56 a 60 anos	50,39%
De 41 a 45 anos	85,32%	61 anos	28,30%
De 46 a 50 anos	47,52%		

8.3.1. A partir de 62 anos será aplicado o reajuste anual de 10% (dez) por cento ao ano para a cobertura de Doenças Graves.

9. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

9.1. O prazo de vigência da cobertura individual do seguro é de 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez, por igual período. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo Estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa, por solicitação escrita, até o vencimento do respectivo certificado, respeitadas as condições contratuais.

10. BENEFÍCIOS AGREGADOS

10.1. **SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA:** Este Contrato oferece Serviços de Assistências, que poderão ser contratados facultativamente pelo segurado, sendo neste caso especificados na Proposta de Adesão.

10.1.1. **ASSISTÊNCIA ÀS PESSOAS:** deverão ser verificadas as condições dos serviços previstos no Manual de Assistência.

10.1.2. **DESCONTO EM MEDICAMENTOS:** As redes de farmácias conveniadas em território nacional e percentuais de descontos podem ser consultados no site www.orizon.com.br. Este benefício é um convênio da Orizon Brasil com a Vida Seguradora.

11. PROMOÇÃO DE CESSÃO DE SORTEIO DE CAPITALIZAÇÃO

A Vida Seguradora é proprietária de Títulos de Capitalização emitidos pela MAPFRE CAPITALIZAÇÃO S/A, CNPJ 09.382.998/0001-00, de acordo com a Nota Técnica e suas Condições Gerais aprovadas pela SUSEP sob o nº. 15414.000959/2008-16.

Ao adquirir o Seguro MAPFRE Vida Você MultiFlex, o segurado receberá promocionalmente a Cessão de participação em 1 (um) sorteio mensal no valor bruto de Imposto de Renda de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) através do NÚMERO DA SORTE informado no Certificado Individual. Os sorteios serão apurados com base na Extração da Loteria Federal do Brasil, do último sábado de cada mês, a partir do mês de adesão do seguro (desde que a aceitação seja efetuada com antecedência de 24 horas da data do sorteio) e nos meses subsequentes a aceitação do seguro, até o último mês de vigência deste Certificado, e o número contemplado em cada série será formado pelas unidades do 1º ao 5º prêmio, conforme exemplo a seguir:

1º Prêmio: 38415

2º Prêmio: 17135

3º Prêmio: 08493

4º Prêmio: 28401

5º Prêmio: 22469

Assim o número contemplado seria: **55319**

Não sendo realizada extração na data prevista, será considerada a extração subsequente que a substitua.

Atenção: os benefícios são válidos por 12 (doze) meses a contar do início de vigência do seguro, e desde que pagas as parcelas em seus respectivos vencimentos.

12. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 12.1.** Aplicam-se a este Contrato, as disposições contidas nas Condições Gerais e Especiais do Seguro, que sejam pertinentes e não contrariem os dispositivos expressos neste Contrato.

Seja bem-vindo à Vida Seguradora, uma companhia acessível, flexível e transparente. A seguir, você encontrará a descrição de nossas Condições Gerais.

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir, mediante o recebimento do prêmio, o pagamento do capital segurado ao próprio segurado ou seu(s) beneficiário(s), conforme o caso, respeitadas as condições contratuais em vigor na data de ocorrência do evento coberto, as coberturas e os limites de capitais segurados contratados, **observados os riscos expressamente excluídos.**

2. DEFINIÇÕES

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

a) incluem-se nesse conceito:

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

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

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

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

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

b) **excluem-se desse conceito:**

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

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

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

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

- 2.2. **Aditivo:** equivalente ao endosso, é o termo utilizado para definir instrumento do contrato de seguro utilizado para proceder as alterações na apólice.
- 2.3. **Agravação do risco:** Considera-se agravação de risco, toda e qualquer situação ou evento que possa alterar o risco coberto pela Seguradora, como por exemplo, mudanças de hábitos, prática de esportes, mudança de residência ou local de trabalho, profissão ou função desempenhada, alterações nas informações prestadas na Proposta de Adesão, quando da contratação do Seguro, etc.
- 2.4. **Agravo Mórbito:** Piora de uma doença.
- 2.5. **Alienação Mental:** Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a **capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais** e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a prática dos atos da vida civil.
- 2.6. **Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 2.7. **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.
- 2.8. **Atividade Laborativa:** Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
- 2.9. **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.10. **Ato Ilícito:** ato proibido por lei. **Consiste, ainda, na ação ou omissão voluntária, por negligência, por imprudência ou por imperícia que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.**
- 2.11. **Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.12. **Aviso de Sinistro:** comunicação específica de um sinistro com a finalidade de dar conhecimento imediato à Seguradora da ocorrência de evento passível de cobertura.
- 2.13. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber o valor do capital segurado, respeita(s) a(s) cobertura(s) contratada(s), na hipótese de ocorrência de evento coberto.
- 2.14. **Boa-fé:** princípio básico de qualquer contrato, principalmente no contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro. Neste conceito inclui-se a obrigação do segurado de prestar informações verdadeiras na proposta de contratação e durante a vigência de todo o contrato, declarando, também no decorrer da apólice, qualquer alteração no risco.
- 2.15. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.
- 2.16. **Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito ao(s) capital(is) segurado(s) contratado(s), no caso de ocorrência de evento coberto.

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

- 2.17. **Cardiopatia Grave:** Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 2.18. **Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
- 2.19. **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.
- 2.20. **Cobertura:** risco assumido pela seguradora, conforme o contrato de seguro, respeitados os eventos não cobertos e riscos excluídos.
- 2.21. **Cognição:** Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 2.22. **Comoriência:** é a presunção de morte simultânea, quando do falecimento de 2 (dois) ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.
- 2.23. **Companheira(o):** é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios admitidos no contrato de seguro.
- 2.24. **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, no caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.25. **Condições Especiais:** conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de cobertura de um plano de seguro que, eventualmente, alteram as condições gerais.
- 2.26. **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e do estipulante.
- 2.27. **Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- 2.28. **Consumpção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.29. **Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).
- 2.30. **Corretor:** é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre a seguradora e pessoas físicas ou jurídicas. **O corretor de seguros responde civilmente perante os estipulantes, segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.**
- 2.31. **Custeio:** Responsabilidade de pagamento do prêmio do seguro. O custeio será contributivo, ou seja, aquele em que os Segurados efetuam o pagamento do prêmio integralmente.
- 2.32. **Dados Antropométricos:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- 2.33. **Dano estético:** Subespécie de dano corporal que se caracteriza pela redução ou eliminação de padrão de beleza, mas sem a ocorrência de sequelas que interfiram no funcionamento do organismo.

- 2.34. Deambular:** Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 2.35. Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** é o documento utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.
- 2.36. Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.37. Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.38. Doença Congênita:** é a doença adquirida antes do nascimento ou até completar o primeiro mês de vida resultante da má formação do organismo, seja qual for a sua causa e que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor.
- 2.39. Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.40. Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.41. Doença Crônica de Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.42. Doença do Trabalho:** Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).
- 2.43. Doença e Lesão Preexistente e suas Consequências:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado, em data anterior à contratação do seguro, de seu conhecimento, não declarada na contratação do seguro, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações do seu estado de saúde. A omissão dessas doenças ou lesões, por ocasião da contratação do seguro, poderá ensejar a perda de direito ao seguro.
- 2.44. Doença em Estágio Terminal:** Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.45. Doença Neoplásica Maligna Ativa:** Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 2.46. Doença Profissional:** É toda e qualquer deficiência e/ou enfraquecimento da saúde humana, causada por uma exposição contínua a condições inerentes à ocupação de uma pessoa, ou seja, é aquela que se mostra em consequência da atividade profissional desempenhada.
- 2.47. Dolo:** vontade conscientemente dirigida ao fim de obter um resultado criminoso ou de assumir o risco de produzi-lo. É considerado, ainda, como ato de má-fé ou fraudulento.
- 2.48. Endosso:** Documento pelo qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice ou no certificado individual.
- 2.49. Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

- 2.50. **Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulamentação em vigor, sendo identificada como estipulante-averbador por não participar do custeio do plano.
- 2.51. **Etiologia:** Causa de cada doença.
- 2.52. **Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de enquadramento nas coberturas previstas na apólice.
- 2.53. **Fatores de Risco e Morbidade:** Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.54. **Foro:** âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do contrato de seguro.
- 2.55. **Grupo Segurado:** a totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.56. **Grupo Segurável:** a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.57. **Hígido:** Saudável.
- 2.58. **Impotência Funcional:** É a alteração de função orgânica ou de partes do organismo que gera diminuição da capacidade física ou intelectual ao indivíduo.
- 2.59. **Indenização:** É o valor a ser pago ao beneficiário pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada vigente na data da ocorrência do sinistro, respeitando-se os riscos excluídos da apólice contratada.
- 2.60. **Início de Vigência:** a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.
- 2.61. **Início de Vigência da Cobertura Individual:** É a data a partir da qual a seguradora assume a cobertura dos eventos previstos nestas condições gerais para cada segurado.
- 2.62. **Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente ou segurado.
- 2.63. **Médico Assistente:** profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do segurado. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**
- 2.64. **Moradia Habitual:** lugar em que a pessoa tem sua habitação ordinária ou em que mantém a sua residência habitual no Brasil.
- 2.65. **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.66. **Nulidade:** Ineficácia de um ato jurídico, em virtude de haver sido executado com transgressão à regra legal. É, portanto o ato que não pode produzir qualquer espécie de efeito jurídico.
- 2.67. **Paciente em fase terminal:** considera-se paciente em fase terminal os portadores de doenças ou acidentados com quadro clínico para as quais foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, **sem perspectiva de recuperação** e para os quais **há expectativa de morte iminente, onde as medidas terapêuticas aplicáveis NÃO ensejarão em aumento da sobrevida do paciente, sendo caracterizado como tratamento meramente paliativo.**

- 2.68. **Parâmetros Técnicos:** a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.
- 2.69. **Período de Cobertura:** Prazo de duração durante o qual o segurado ou o(s) beneficiário(s), quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados, em caso de ocorrência de evento coberto.
- 2.70. **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- a) **Prêmio Anual:** quando o prêmio for referente a 12 (doze) meses de cobertura individual.
- b) **Prêmio Fracionado:** quando o prêmio único ou anual for fracionado em quantidade de parcelas consecutivas inferiores ao período de vigência da cobertura individual.
- c) **Prêmio Trimestral ou Semestral:** quando o prêmio for pago em quantidade de parcelas não consecutivas com periodicidade de acordo com os trimestres ou semestres existentes durante a vigência da cobertura individual.
- d) **Prêmio Mensal:** quando o prêmio for pago mensalmente durante toda a vigência da cobertura individual.
- 2.71. **Prêmio Comercial:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos.
- 2.72. **Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos.
- 2.73. **Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.74. **Proponente:** o interessado em contratar a(s) cobertura(s) ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.75. **Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco no qual o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.76. **Proposta de Contratação:** documento assinado pelo Estipulante contendo as coberturas do plano de seguro, no qual o Estipulante expressa intenção de contratação do seguro coletivo, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.77. **Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.78. **Recidiva:** Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.79. **Redução Funcional:** É a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.
- 2.80. **Regime Financeiro de Repartição Simples:** A estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.
- 2.81. **Refratariedade Terapêutica:** Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.82. **Regulação de Sinistro:** É o exame das causas e circunstâncias do evento reclamado a fim de se caracterizar o risco ocorrido e avaliar sobre a sua cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 2.83. **Reintegração do Capital Segurado:** É o restabelecimento do capital segurado após a ocorrência de um sinistro coberto.

- 2.84. Relações Existenciais:** Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.85. Riscos Excluídos:** são os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro contratado.
- 2.86. Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.87. Segurado Titular:** É o segurado vinculado por qualquer forma ao estipulante.
- 2.88. Segurados Dependentes:** Poderá ser o cônjuge ou companheiro(a) do Segurado Principal, quando incluído no contrato de seguro pelo Segurado Principal, desde que não seja segurável como Segurado Principal, e/ou ainda, poderá(ão) ser o(s) filho(s) considerado(s) dependente(s) do Segurado Principal de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda, desde que não seja parte integrante do grupo segurado. Nas mesmas condições de cobertura serão incluídos os filhos e menores dependentes do Dependente Cônjuge/Companheira, quando estes forem participantes da apólice pela Garantia Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge/Companheira e desde que declarados no Imposto de Renda do cônjuge.
- 2.89. Seguradora:** empresa devidamente constituída e legalmente autorizada para comercializar seguros, que se responsabiliza pela(s) cobertura(s), mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nestas condições contratuais.
- 2.90. Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.91. Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.92. Sinistro:** ocorrência de evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.
- 2.93. Transferência Corporal:** Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.
- 2.94. Traslado:** transporte do corpo do local do óbito até o local de sepultamento no Brasil.
- 2.95. Vigência da Apólice:** É o período no qual a Apólice Coletiva de Seguro está em vigor.
- 2.96. Vigência da Cobertura Individual:** É o período em que, respeitada a apólice em vigor, o Segurado tem direito à(s) cobertura(s) do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

Este Seguro oferece as seguintes coberturas, que poderão ser contratadas, **desde que especificadas na Proposta de Adesão e constante no Certificado Individual:**

- 3.1. Morte:** Garante ao beneficiário o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado no **caso de morte natural ou acidental do segurado, observadas as condições contratuais, desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**
- 3.1.1. Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente.**
- 3.1.2. Antecipação de Indenização:** Garante o adiantamento de até 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para cobertura de morte mediante solicitação do segurado ou de seu representante legal, quando o segurado se encontrar em fase terminal, conforme definido no item 2.67, ocasionada por doenças ou acidente, cuja data de início da moléstia e de seu

diagnóstico, ou acidente, seja posterior à sua inclusão na apólice e desde que decorrido o prazo de carência, conforme item 6 – CARÊNCIA e não se trate de risco expressamente excluído na apólice contratada.

3.1.3. Importante: A Antecipação de Indenização não está prevista no caso de contratação de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ou o seguro de Doenças Graves.

3.1.4. A cobertura de Antecipação de Indenização não se acumula à cobertura de Morte. Quando solicitada a antecipação de indenização equivalente a 100% (cem por cento) do capital segurado de Morte, o seguro será automaticamente cancelado após o pagamento da indenização.

3.2. Decessos: Garante a prestação do serviço ou o reembolso dos gastos com o sepultamento ou a cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado), **até o limite do capital segurado contratado para esta cobertura**, constante na proposta de adesão e certificado individual, **em caso de falecimento do segurado, observadas as condições contratuais, desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**

3.2.1. Essa cobertura não poderá ser contratada isoladamente.

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

a) **Individual:** Fica coberto somente o segurado titular.

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

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

3.2.4. Caso o beneficiário opte pelo reembolso:

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

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

3.2.5. Caso o beneficiário opte pela prestação de serviços:

a) **Não caberá qualquer tipo de reembolso.**

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

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

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

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

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

- ii. Irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
 - iii. Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação, informando à respeito das providências tomadas.
- d.2) Em caso de falecimento no município de moradia habitual do segurado no Brasil com sepultamento fora de moradia habitual no Brasil:**
- i. Irá se dirigir à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento à funerária do município. **Neste caso, as despesas com traslado e documentação serão de responsabilidade da família, que deverá tomar todas as providências com relação ao sepultamento em outro município;**
 - ii. Irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
 - iii. Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação, informando à respeito das providências tomadas.
- d.3) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual do segurado no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil:**
- i. Tomará todas as providências, inclusive arcará com o custeio do traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de moradia habitual do segurado, onde será prestado também o serviço de sepultamento.
- d.4) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual do segurado no Brasil e sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:**
- i. Prestará o serviço no local do óbito, preparando 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 a sua moradia habitual do segurado no Brasil.
- e) Em caso de morte violenta** (entende-se por “morte violenta”, aquela que não é motivada por doença, mas causada por desastre, suicídio ou homicídio), a família deverá acompanhar o representante da seguradora ao Instituto Médico Legal (IML) para liberação do corpo.
- f) O valor total da prestação de serviço será limitado ao valor do capital segurado contratado.**
- g) A prestação do serviço não caracteriza direito as demais coberturas contratadas pelo segurado. O direito às coberturas previstas no seguro se dará conforme as condições contratuais.**
- 3.2.6. Se, em caso de força maior ou de circunstâncias alheias à seguradora, for impossível a prestação do serviço de sepultamento ou cremação, a seguradora ficará obrigada ao reembolso da cobertura, limitado ao capital segurado e aos valores efetivamente gastos.**
- 3.2.7.** A família deverá fornecer à seguradora ou lhe facilitar o acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias do sinistro. O não cumprimento desta obrigação dará lugar à perda de direito à cobertura no caso de culpa grave do segurado.
- 3.2.8.** Entende-se por “serviço de sepultamento ou cremação” a cobertura das despesas do funeral, conforme os itens abaixo relacionados:
- Urna/caixão;
 - Carro para enterro (no município de moradia habitual);
 - Carreto/caixão (no município de moradia habitual);

- Serviço assistencial;
 - Registro de óbito;
 - Taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
 - Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual);
 - Remoção do corpo/traslado (no município de moradia habitual);
 - Repatriamento (até o município de moradia habitual);
 - Paramentos (essa);
 - Mesa de condolências;
 - Velas;
 - Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
 - Véu; e
 - Um enfeite e uma coroa.
- 3.2.9. Todos os itens descritos no item anterior serão disponibilizados conforme infraestrutura local. Não caberá a Seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou não sejam comercializados em determinadas praças.**
- 3.2.10.** Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente. **A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAREM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO ESSES DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.**
- 3.2.11. Cremação:** Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade para o município de moradia habitual no Brasil para realização da cremação, **desde que o município de moradia habitual do segurado possua este serviço.**
- 3.2.12. Sepultamento:** Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada por esta.
- 3.2.12.1.** Não havendo jazigo da família será alugado jazigo pelo o período de até 3 (três) anos em cemitério público, conforme legislação local. E quando não for possível o aluguel em cemitério público, será alugado em cemitério particular, no qual exista acordo com prefeitura local, respeitado o valor do capital segurado contratado.
- 3.2.13. Traslado:** traslado do local onde ocorreu o óbito até o local de moradia habitual do segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.
- a) O traslado do corpo para a realização do funeral ou cremação em outro município será realizado até o limite de Capital Segurado contratado. Caso o beneficiário tenha optado pela prestação do serviço, em vez do reembolso das despesas, o traslado será realizado até o município desejado, **desde que não ultrapasse a distância entre o município onde ocorreu o óbito e o município de moradia habitual do segurado.**
- b) Caso a família opte pela realização do funeral ou cremação fora do limite descrito no item a, **deverá assumir integralmente a responsabilidade pela diferença do pagamento das despesas.**
- c) **A SEGURADORA FICARÁ ISENTA DA RESPONSABILIDADE DE PRESTAR O SERVIÇO, CASO HAJA RECUSA DA FAMÍLIA EM EFETUAR O PAGAMENTO DO(S) VALOR(ES) EXCEDENTE(S).**

- 3.2.14. Transmissão de Mensagens Urgentes:** Na ocorrência do óbito, de acordo com os eventos previstos, a Seguradora poderá, mediante solicitação do interessado, transmitir para a família do segurado ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes, predefinidas pelo interessado, sobre o acontecimento.
- 3.3. Aquisição de Jazigo:** Garante ao(s) beneficiário(s) do seguro o pagamento de um valor correspondente ao dobro do capital segurado contratado na cobertura de Decessos, para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro, se disponível no local do sepultamento, **em caso de falecimento do segurado designado no seguro, observadas as condições contratuais e desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**
- 3.3.1. Esta cobertura só poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Decessos, descrita no item 3.2.**
- 3.3.2.** Quando contratado o plano familiar da cobertura de Decessos, descrita no item 3.2.2, além do segurado, esta cobertura é concedida ao cônjuge e filhos. No caso de falecimento do cônjuge ou filho maior de 14 (quatorze) anos, a seguradora garante o pagamento de uma verba para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro de até o dobro do valor do capital segurado contratado na cobertura de Decessos ao próprio segurado.
- 3.3.3. Esta indenização será paga uma única vez no seguro, ou seja, após ter sido paga a primeira verba para aquisição do jazigo ao beneficiário responsável, a cobertura estará automaticamente excluída do seguro.**
- 3.4. Morte Acidental (MA):** Garante ao beneficiário o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado no caso de **morte do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto, observadas as condições contratuais, desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**
- 3.4.1. Esta cobertura não poderá ser contratada isoladamente.**
- 3.4.2.** Caso seja devido o pagamento do Capital Segurado de Morte Acidental, este será acumulado ao Capital Segurado para a Cobertura de Morte.
- 3.5. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** Garante o pagamento de indenização ao próprio segurado referente à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal coberto, calculada conforme TABELA PARA O CÁLCULO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, constante no item 3.5.4, destas condições gerais, limitado ao valor correspondente a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, observadas as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.
- 3.5.1. Essa cobertura não poderá ser contratada isoladamente.**
- 3.5.2. Para fim deste seguro, considera-se Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade e determine a perda total ou parcial do uso de um membro ou órgão.**
- 3.5.3.** Após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de Invalidez Permanente, **AVALIADA QUANDO DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA**, a Seguradora pagará ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização, de acordo com a TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, descrita no item 3.5.4 destas condições gerais.



- a) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à porcentagem prevista na tabela para a sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da porcentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização proporcional será calculada, respectivamente, na base das porcentagens de 75% (SETENTA E CINCO POR CENTO), 50% (CINQUENTA POR CENTO) e 25% (VINTE E CINCO POR CENTO);
- b) Em todos os casos de Invalidez Permanente Parcial não especificados na citada tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão;
- c) Quando de um mesmo acidente resultar a invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para esta. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total;
- d) A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente;
- e) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

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

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

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

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Perda Total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda Total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 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
	Ecurtamento de um dos membros inferiores de 05 (cinco) centímetros ou mais	15
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Ecurtamento de um dos membros inferiores de 04 (quatro) centímetros	10
Ecurtamento de um dos membros inferiores de 03 (três) centímetros	06	
Amputação de qualquer outro dedo	03	



TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 03 (três) centímetros	sem indenização
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
DIVERSAS	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com 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 FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda de dois ovários	15
	Perda de dois testículos	15
	Perda do útero depois da menopausa	10
	Perda de um ovário	05
	Perda de um testículo	05
APARELHO 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	



PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA			
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela			
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA	
DIVERSAS	Cistostomia (definitiva)	30	
	Incontinência urinária permanente	30	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15	
	MANDÍBULA		
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:		
	- Em grau máximo	20	
	- Em grau médio	10	
	- Em grau mínimo	05	
	NARIZ		
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25	
	Perda do olfato com alterações gustativas	10	
	Perda total do olfato	7	
	PESCOÇO		
	Traqueostomia definitiva	40	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15	
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15	
	SISTEMA AUDITIVO		
	Amputação total das duas orelhas	16	
	Amputação total de uma orelha	8	
	TÓRAX		
	Aparelho Respiratório		
	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		
Intestino Delgado			
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia	40		
Ressecção parcial	20		

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
DIVERSAS	Intestino Grosso	
	Colostomia definitiva	40
	Colectomia total	40
	Colectomia parcial	20
	Reto e ânus	
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Retenção anal	10
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	Epilepsia pós-traumática	20
	Síndrome pós-concussional	05
	HÉRNIAS	
	Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40
	Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	20
	Hérnia de Disco Cervical	20
	Hérnia Incisional	20
	Hérnia de Hiato	10
	Hérnia Epigástrica	10
	Hérnia Inguinal ou Inguino Escrotal	10
Hérnia Umbilical	10	

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

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

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

- e) Perda total do uso de um dos dedos indicadores.....de 15% para 100%
- f) Perda total do uso de um dos polegares.....de 18% para 100%
- g) Perda total da visão de um olho.....de 30% para 100%
- h) Perda total do uso de uma das mãos.....de 60% para 100%

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

- 3.6.2.** No caso de lesões múltiplas previstas ou não nesta cláusula, a indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura de Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPA Majorada), constante no certificado individual vigente.
- 3.6.3.** O segurado se obriga, em caso de acidente coberto por esta apólice e sob pena de perder o direito a qualquer indenização, a submeter-se a exame médico por profissional indicado pela seguradora, desde que tal medida seja considerada necessária.
- 3.6.4.** A cobertura de IPA Majorada somente será aplicada aos seguintes profissionais: médicos, dentistas, advogados, músicos, artistas plásticos, escritores, fisioterapeutas, arquitetos, desenhistas técnicos e comerciais, engenheiros. No caso de não comprovação do exercício de tais profissões esta cobertura será considerada sem efeito, prevalecendo os percentuais originais da Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, descrita do item 3.5.4.
- 3.6.5.** **Caso seja devido o pagamento da cobertura de IPA Majorada, a indenização desta cobertura será acumulada à Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).**
- 3.7. Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD):** Garante, em caso de evento coberto e desde que o segurado requeira, o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a cobertura de Morte, caso seja caracterizada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, consequente de doença que cause a Perda da Existência Independente do segurado, sob critérios devidamente especificados no item 3.7.7 – Riscos Cobertos pela cobertura de IFPD, observadas as condições contratuais e desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.
- 3.7.1.** Essa cobertura não poderá ser contratada isoladamente.
- 3.7.2.** **A cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD) não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Antecipação de Indenização, prevista no item 3.1.2 ou o seguro de Doenças Graves.**
- 3.7.3.** Para todos os efeitos desta cobertura é considerada Perda da Existência Independente do segurado a ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros descritos no item 3.7.8 e documentos devidamente especificados no item 22 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO.
- 3.7.4.** Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em estágio terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- 3.7.5.** **Sendo reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, após o pagamento da indenização desta cobertura, por ser uma antecipação da cobertura de Morte, o segurado será automaticamente excluído da apólice. Neste caso, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado desta cobertura serão devolvidos, atualizados monetariamente pelo índice previsto nas condições contratuais.**
- 3.7.6.** **Caso não seja comprovada a Invalidez Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.**

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

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

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros do corpo humano, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - i. Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - ii. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - iii. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - iv. Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - i. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - ii. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - iii. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.7.7.2. Demais Riscos Cobertos:

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

- b) O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).
- c) O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
- d) Para a classificação no 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.

3.7.8. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF:

3.7.8.1. DOCUMENTO 1 – TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAS E DE ESTADOS CONEXOS:

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Relações do segurado com o cotidiano	1º grau: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: O segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º grau: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
Condições clínicas e estruturais do segurado	1º grau: O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00

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

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

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

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

3.8. Garantias Suplementares

- 3.8.1. Inclusão Facultativa de Cônjuge/Companheiro(a):** Garante o pagamento de indenização ao Segurado Principal ou ao próprio Dependente Cônjuge/Companheiro, mediante pagamento de prêmio específico, desde que preenchida e assinada a proposta de adesão pelo próprio Dependente Cônjuge/Companheiro(a), **observadas as condições contratuais e não se trate de riscos expressamente excluídos.**
- 3.8.1.1.** Poderão ser contratadas para o Segurado Dependente Cônjuge, as coberturas de Morte, incluindo a antecipação de Indenização, prevista no item 3.1.2, Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), **desde que estas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal e estejam especificadas na Proposta de Adesão.**
- 3.8.1.2.** O capital segurado para as coberturas do Dependente Cônjuge/Companheiro(a) será de até 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a mesma cobertura do Segurado Titular, conforme especificado na Proposta de Adesão.
- 3.8.1.3.** Equipara-se ao cônjuge, a(o) companheira(o) do segurado.
- 3.8.1.4.** O(a) companheiro(a), entendido, para todos os efeitos desta cláusula, é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios previstos contratualmente.
- 3.8.1.5. Para comprovação da união estável devem ser apresentados, dentre outros, os seguintes documentos:**
- a) **Certidão de casamento religioso;**
 - b) **Declaração de Imposto de Renda do segurado principal, em que conste o companheiro(a) como seu dependente;**
 - c) **Anotação constante na Carteira Profissional (CP) e/ou Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), feita pelo órgão competente;**
 - d) **Prova de mesmo domicílio;**
 - e) **Anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;**
 - f) **Registro em associação de qualquer natureza, onde conste o interessado como dependente do segurado;**
 - g) **Original da Escritura Declaratória de União Estável, ou condição equiparada, firmada em cartório;**
 - h) **Quaisquer outros documentos que possam levar à convicção do fato a comprovar, a ser avaliado pela Seguradora.**
- 3.8.1.6.** A indicação do cônjuge/companheiro(a) para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão ou caso ocorra a inclusão de cônjuge não legalmente habilitado, ou ainda, caso o cônjuge incluso já faça parte do grupo segurado, não haverá direito à indenização, sendo nestes últimos casos devolvidos os valores de prêmio referente à indevida inclusão da garantia suplementar de cônjuge.
- 3.8.2. Inclusão de Filhos:** Garante o pagamento de indenização ao Segurado Principal ou ao próprio Dependente Filho, mediante pagamento de prêmio específico, quando solicitar inclusão de seu(s) filho(s) dependente(s), por escrito na Proposta de Adesão **observadas as condições contratuais e desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**

- 3.8.2.1.** Poderão ser contratadas as seguintes coberturas para o Dependente Filho: Morte, Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Doenças Congênitas, **desde que estas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal e estejam especificadas na Proposta de Adesão.**
- 3.8.2.2.** Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:
- a)** Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
 - b)** Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.
- 3.8.2.3.** Caso tenha sido contratado o plano Familiar da cobertura de Decessos, após a utilização do Funeral Familiar, em consequência da morte do Dependente Filho menor de 14 (quatorze) anos ou natimorto, seja pelo acionamento da prestação de serviço ou solicitação de reembolso, o pagamento do capital segurado da cobertura de Morte do Dependente Filho não será devido pela Seguradora.
- 3.8.2.4.** O capital segurado para as coberturas do Dependente Filho será de até 25% (vinte e cinco por cento) do capital segurado contratado para a mesma cobertura do Segurado Titular, limitado a R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), conforme especificado na Proposta de Adesão.
- 3.8.2.5.** Cada filho está coberto apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados.
- 3.8.2.6.** Quando ambos os cônjuges participarem do grupo segurado, seus filhos serão considerados dependentes apenas do cônjuge de maior capital segurado, ou no caso de equivalência, exclusivamente de um dos segurados.
- 3.8.2.7.** Consideram-se como “filhos”: os filhos, enteados e menores considerados dependentes do segurado principal, de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda. Nas mesmas condições de cobertura serão incluídos os filhos e menores dependentes do Dependente Cônjuge, quando estes forem participantes da apólice pela Garantia Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge e desde que declarados no Imposto de Renda do cônjuge.
- 3.8.2.8.** A indicação do(s) filho(s) para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado, que, inclusive se responsabiliza pelas informações referentes ao estado de saúde do filho incluso no seguro.
- 3.8.2.9.** Não podem participar desta garantia suplementar os filhos que façam parte do grupo segurado. Caso o Dependente Filho já faça parte do grupo segurado, não haverá direito à indenização.
- 3.8.2.10. Doenças Congênitas:** Garante o pagamento de indenização ao Segurado Principal de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a cobertura de Morte do Dependente Filho, quando ocorrer o nascimento com vida de filho, portador de invalidez irreversível, causada por doença congênita que demande a permanente ajuda de terceiros com clara indicação de que este não poderá exercer atividades remuneradas, respeitado o prazo de carência descrito no item 6.3, **observadas as condições contratuais e desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**
- a)** A doença congênita deve ser comprovada por documentação médica pertinente até o 6º (sexto) mês do nascimento do filho, devendo, ainda ser reconhecida pela Seguradora. Entretanto, a doença deve ter sido constatada antes do nascimento ou até completar o 1º (primeiro) mês de vida, conforme definido no item 2.38.

- b) Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto com doença congênita para os filhos nascidos vivos, o capital segurado será dividido em proporções iguais pelo número de filhos nascidos vivos e diagnosticados com a doença.
- c) Se, após o pagamento da indenização por Doença Congênita, ocorrer o falecimento do filho, o pagamento da indenização por Morte não será devido pela Seguradora.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:
- a) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOÇÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;
 - b) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES; EXCETO SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;
 - c) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E QUE NÃO FOI(RAM) DECLARADA(S) PELO SEGURADO NA PROPOSTA DE ADESÃO;
 - d) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL OU DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO, CUJA EXCLUSÃO SERÁ APLICADA SOMENTE EM RELAÇÃO AO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO;
 - e) PERDAS E DANOS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;
 - f) DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOA JURÍDICA, INCLUEM-SE OS DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES E/OU SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;
 - g) PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E BRIGAS, ATENTADOS OU RIXAS (EXCETO NOS CASOS DE LEGÍTIMA DEFESA OU ESTADO DE NECESSIDADE OU AINDA ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGOE DUELOS
 - h) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR AUXÍLIO A OUTREM;

- i) **DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE PELO PRÓPRIO SEGURADO;**
 - j) **OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE INUNDAÇÕES, FURACÕES, CICLONES, TEMPESTADES, TERREMOTOS, MOVIMENTOS SÍSMICOS OU MOVIMENTOS DE TERRA EM GERAL, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS, QUALQUER OUTRO FENÔMENO ATMOSFÉRICO, METEOROLÓGICO, SÍSMICO, GEOLÓGICOS DE CARÁTER EXTRAORDINÁRIO E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;**
 - k) **PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS E/OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO DEVIDAMENTE HABILITADO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO, DESDE QUE SEJA DEMONSTRADO SEU NEXO CAUSAL;**
 - l) **EPIDEMIAS E PANDEMIAS DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA, DENGUE, MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;**
 - m) **CONDUÇÃO DE VEÍCULOS SEM A ADEQUADA HABILITAÇÃO;**
 - n) **COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS;**
 - o) **DE VIAGENS EM AERONAVES E EMBARCAÇÕES:**
 - i. **QUE NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO, EM VIGOR;**
 - ii. **DIRIGIDOS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS;**
 - iii. **OFICIAIS OU MILITARES QUE NÃO SE DESTINEM AO TRANSPORTE DE PASSAGEIROS OU AUTORIDADES.**
 - p) **DESCUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE.**
- 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) **DESPEAS NÃO PREVISTAS NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS E/OU SUPERIORES AOS LIMITES CONTRATADOS;**
 - b) **CREMAÇÃO PARA OS SEGURADOS QUE TENHAM MORADIA HABITUAL EM MUNICÍPIOS QUE NÃO DISPONHAM DESSE SERVIÇO;**
 - c) **SEPULTAMENTO DE MEMBROS;**
 - d) **DESPEAS COM COMPRA DE JAZIGO, CASO NÃO TENHA SIDO CONTRATADA A COBERTURA DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO;**
 - e) **DESPEAS DE QUALQUER NATUREZA SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA.**
- 4.3. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO ITEM 4.1, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:**
- a) **DOENÇAS PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO, EXCETO INVALIDEZ PERMANENTE;**
 - b) **DOENÇAS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS E A CARACTERIZADA COMO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC), QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE, POR**

ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO VISÍVEL CAUSADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;

- c) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS POR ACIDENTE COBERTO, BEM COMO DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETO;
- d) INTERCORRÊNCIAS E COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS OU POR EQUIPAMENTOS, QUANDO TAIS PROCEDIMENTOS NÃO FOREM RESULTANTES DE ACIDENTES COBERTOS;
- e) ACIDENTES MÉDICOS;
- f) PERTURBAÇÕES MENTAIS, NERVOSAS E EMOCIONAIS; E
- g) ENVENENAMENTO POR ABSORÇÃO DE SUBSTÂNCIA TÓXICA, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES;

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

- a) AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: DORT – DOENÇAS OCUPACIONAIS RELACIONADAS AO TRABALHO, INCLUSIVE A LER – LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS, PROBLEMAS AUDITIVOS E OUTROS;
- b) PERDA DE DENTES E DANOS ESTÉTICOS; E
- c) OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE QUALQUER PERDA, REDUÇÃO, IMPOTÊNCIA PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO CUJA LESÃO E/OU QUANDO O ACIDENTE TIVER OCORRIDO EM DATAS ANTERIORES À DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO.

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

- a) A PERDA, A REDUÇÃO OU A IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA, TOTAL OU PARCIAL, DE UM OU MAIS MEMBROS, ÓRGÃOS E OU SISTEMAS ORGÂNICOS CORPORAIS, EM DECORRÊNCIA, DIRETA E OU INDIRETAMENTE, DE LESÃO FÍSICA E/ OU PSÍQUICA CAUSADA POR ACIDENTE PESSOAL;
- b) OS QUADROS CLÍNICOS DECORRENTES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS, ENTENDIDAS COMO SENDO AQUELAS ONDE A CAUSA DETERMINANTE SEJA O EXERCÍCIO PECULIAR A ALGUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL;
- c) A DOENÇA CUJA EVOLUÇÃO NATURAL TENHA SIDO AGRAVADA POR TRAUMATISMO;

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

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

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

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

- b) ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NA ALÍNEA “a” DESTE ITEM, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE DOENÇAS CONGÊNITAS OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:
- i. DO USO DE ENTORPECENTES, MEDICAMENTOS, DROGAS OU PROCEDIMENTOS MÉDICOS OU ATIVIDADES FÍSICAS NÃO RECOMENDADOS DURANTE O PERÍODO DE GESTAÇÃO;
 - ii. DECORRENTES DE FATOR AMBIENTAL, NO QUAL SEJA CONSTATADO E/OU DECLARADO PELAS INSTITUIÇÕES GOVERNAMENTAIS OU DE RESPONSABILIDADE PÚBLICA OU PRIVADA;
 - iii. DO MAU USO OU INABILIDADE DE PRODUTOS QUÍMICOS OU DEMAIS CATEGORIAS DE PRODUTOS RECONHECIDAMENTE PREJUDICIAIS À SAÚDE.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1. O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.
- 5.2. A cobertura de Decessos deste seguro, quando contratada, abrange a morte do segurado em qualquer parte do globo terrestre, sendo o serviço de sepultamento ou cremação restrito ao território brasileiro, porém com a prestação de serviço de traslado de qualquer parte do mundo até o município de moradia habitual do segurado no Brasil, observada a alínea “d)” do item 3.2.5 e item 3.2.13.

6. CARÊNCIA

- 6.1. Haverá carência de 2 (dois) anos ininterruptos para a tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.
- 6.2. Para a Antecipação de Indenização, prevista no item 3.1.2 haverá carência de 60 (sessenta) dias.
- 6.3. Para a cobertura de Doença Congênita da Garantia Suplementar de Inclusão de Filhos haverá carência de 90 (noventa) dias.
 - 6.3.1. Somente terão cobertura os casos que não tenham conhecimento ou a preexistência de doença congênita ou qualquer outra anormalidade no período de gestação até a conclusão do período de carência.
- 6.4. O prazo de carência será contado a partir da data de início de vigência da cobertura ou do aumento do capital segurado.
- 6.5. Não haverá carência para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, ressalvada a hipótese prevista no item 6.1.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE SE FORMALIZARÁ ATRAVÉS DA ASSINATURA DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO PELO ESTIPULANTE E PELO CORRETOR, CONTENDO AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.

- 7.2. Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente, pessoa física, que esteja, na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em perfeitas condições de saúde e com idade compreendida entre 16 (dezesesseis) anos e 65 (sessenta e cinco) anos, 11 meses e 29 dias.
- 7.3. **A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.**
- 7.4. A contratação do seguro se formalizará através do preenchimento da proposta de adesão individual com Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, devidamente assinada pelo proponente, seu representante legal, quando o proponente for menor de 18 (dezoito) anos e pelo corretor de seguros e da respectiva aceitação pela seguradora, que tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo da proposta na seguradora para aceitação ou recusa do risco.
- 7.5. O prazo de 15 (quinze) dias será suspenso quando a seguradora verificar que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes e solicitar, por uma única vez, a apresentação de novos documentos ou de exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias voltará a correr à zero hora do dia seguinte em que ocorrer o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado.
- 7.5.1. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.
- 7.6. A recusa do risco será comunicada, pela Seguradora ao proponente por escrito, devidamente justificada.
- 7.7. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito no prazo de 15 (quinze) dias, respeitadas as condições de suspensão, caracterizará a aceitação automática da proposta.
- 7.8. Na proposta de adesão deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à Seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro. A constatação de omissões, de declarações inexatas ou de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ensejará a perda do direito à cobertura, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora terá o direito, a seu critério, de resolver o contrato ou a cobrar a diferença do prêmio, mesmo após o sinistro, observado o disposto no artigo 766 do Código Civil.
- 7.9. O pagamento antecipado do prêmio do seguro, total ou parcial, não caracteriza a aceitação da Proposta de Adesão.
- 7.10. Durante a avaliação do risco, respeitados os itens 7.4 e 7.5, a partir do recebimento da proposta pela Seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos e o pagamento do prêmio antecipado, terá início a cobertura condicional, conforme definição no item 7.11.
- 7.11. Considera-se cobertura condicional, para efeito deste item, aquela em que a Seguradora dará cobertura ao proponente, durante o prazo de até 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento da proposta de adesão com antecipação do prêmio e vigorará até a data da aceitação da proposta ou formalização da recusa, o que ocorrer primeiro, desde que o proponente esteja em perfeitas condições de saúde, ou ainda, por qualquer motivo não represente risco agravado para a Seguradora.
- 7.12. No caso de recusa da proposta em que já tenha havido pagamento do prêmio à Seguradora, os valores pagos, líquidos de IOF, serão devolvidos deduzido da parcela “pro rata temporis”

correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos após a formalização da recusa.

- 7.13. O PRÊMIO, A QUE SE REFERE NO ITEM 7.12, SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 7.14. No caso de extinção do índice pactuado no item 7.13, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.**
- 7.15. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 7.13, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,50% (MEIO POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**
- 7.16. É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO ATRAVÉS DE PROCURAÇÃO.**
- 7.17. A aceitação do seguro implicará na emissão, pela Seguradora, de Certificado Individual, que será entregue ao Segurado e conterá, no mínimo, a data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado, o prêmio total, os capitais segurados de cada cobertura contratada. Em caso de inexatidão das informações do Certificado Individual, o segurado deverá comunicar imediatamente a seguradora para a sua regularização. Caso seja comprovado que as informações inexatas do Certificado Individual são decorrentes das declarações do proponente, e não havendo a correção imediata das informações após o recebimento do certificado, o segurado poderá perder o direito à indenização.**

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. No caso da ocorrência do evento morte do segurado, a(s) indenização(ões) correspondente à(s) cobertura(s) contratada(s), será(ão) paga(s) de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado. Na falta de indicação expressa de beneficiários, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita sem que haja outro beneficiário indicado, serão beneficiários aqueles designados por lei, devendo ser aplicado o disposto no artigo 792 do Código Civil, ou seja, metade ao cônjuge e o restante aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária.**
- 8.2. Para efeitos deste seguro, a(o) companheira(o) será equiparado ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o segurado era solteiro ou separado de fato.**
- 8.3. Em caso de falecimento do único Beneficiário indicado no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência), e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, o capital segurado será pago aos Beneficiários legais do segurado, conforme item 8.1.**
- 8.4. Em caso de óbito de um dos beneficiários indicados no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo Beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com distribuição do capital segurado destinado ao beneficiário pré-morto entre os demais beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida para cada um, de forma a preservar sua manifestação de vontade.**
- 8.4.1. Em caso de falecimento simultâneo do segurado com um dos beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (comoriência), serão aplicadas as mesmas**

regras dos itens 8.3 e 8.4, considerando que o beneficiário comoriente não adquire direito ao capital segurado.

- 8.5. EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A(S) PARTE(S) DA INDENIZAÇÃO QUE CABERIA(M) A ESTE(S) SERÁ(ÃO) PAGA(S) AOS DEMAIS BENEFICIÁRIOS INDICADOS, EM PARTES PROPORCIONAIS, RESPEITADO O PERCENTUAL ORIGINALMENTE DEFINIDO PELO SEGURADO E, NA FALTA DE OUTROS BENEFICIÁRIOS, SERÁ PAGO CONFORME ESTABELECIDO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL.**
- 8.6.** Todo segurado tem o direito de indicar na respectiva proposta de adesão, o beneficiário do seguro.
- 8.7. SE O SEGURADO NÃO RENUNCIAR À FACULDADE, PODERÁ A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O BENEFICIÁRIO POR ATO ENTRE VIVOS OU DE ÚLTIMA VONTADE, MEDIANTE ENCAMINHAMENTO DO FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS E BENEFICIÁRIOS, NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS E DEVIDAMENTE ASSINADO.**
- 8.7.1. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE NO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL SUBSEQUENTE À DATA DE PROTOCOLO NA SEGURADORA DA CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO.**
- 8.8. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO, A SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME A INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.**
- 8.9.** Para a cobertura de Decessos, o beneficiário será o responsável pelo acionamento da prestação de serviços ou quem comprovar o pagamento das despesas efetuadas, nos casos em que estiver previsto o reembolso de despesas.
- 8.10.** No caso de Antecipação de Indenização, prevista no item 3.1.2, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPA Majorada) e Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD), o beneficiário será o próprio segurado, ainda que assistido ou representado.
- 8.11.** No caso da ocorrência do evento morte do Segurado Dependente Cônjuge ou Filho(s) ou Doença Congênita do Segurado Dependente Filho, a(s) indenização(ões) correspondente à(s) cobertura(s) do(s) Dependente(s), **quando contratada(s)**, será(ão) paga(s) de uma só vez e será devida ao Segurado Principal.
- 8.12.** No caso da ocorrência de Invalidez Permanente Total ou Parcial (IPA) do Segurado Dependente Cônjuge ou Filho(s), a(s) indenização(ões) correspondente à(s) garantia(s) suplementare(s), **quando contratada(s)**, será(ão) paga(s) de uma só vez e será devida ao próprio Segurado Dependente.

9. CAPITAL SEGURADO

- 9.1.** Entende-se por capital segurado o valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto, respeitados os limites estabelecidos para cada cobertura contratada.
- 9.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:**
- a) Para as coberturas de acidentes pessoais:** a data do acidente;

- b) Para a cobertura de risco por invalidez não consequente de acidente (Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – IFPD, Antecipação de Indenização – prevista no item 3.1.2 e Doença Congênita da Garantia Suplementar de Inclusão de Filhos): a data indicada na declaração médica;
- 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 7.4. **Se aceito(s) pela Seguradora, o(s) novo(s) capital(is) segurado(s) terá(ão) início de vigência no 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento poderá ser exigido o preenchimento de uma nova Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, iniciando-se novos períodos de carência, conforme prazos descritos no item 6 – CARÊNCIA, para o(s) valor(es) aumentado(s).**
- 9.4. Para o aumento do(s) capital(is) segurado(s), o segurado deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao pedido de aumento do(s) capital(is) segurado(s) e não informadas na nova Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, o pagamento da indenização será efetuado com base no(s) valor(es) anterior(es) ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios.
- 9.5. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura adicional de **INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE** é automática após cada acidente.
- 9.6. Todos os valores são expressos em moeda corrente nacional.

10. CUSTEIO DO SEGURO

- 10.1. O custeio do prêmio do seguro será **CONTRIBUTÁRIO**, ou seja, o prêmio será integralmente pago pelo segurado.

11. REGIME FINANCEIRO

- 11.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.
- 11.2. No Regime Financeiro de Repartição Simples, os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada segurado para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro.

12. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 12.1. O valor do prêmio inicial será determinado na contratação do seguro em função da idade do segurado, das coberturas e serviços de assistência contratados, do(s) respectivo(s) capital(is) segurado(s) e da periodicidade de pagamento do prêmio definidos na proposta de adesão.

- 12.2. NA RENOVAÇÃO ANUAL DA COBERTURA INDIVIDUAL E SEM PREJUÍZO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA PREVISTA NO ITEM 16, O VALOR DO PRÊMIO SERÁ REAJUSTADO EM FUNÇÃO DO REENQUADRAMENTO DE TAXAS POR MUDANÇA DE IDADE DO SEGURADO, CONFORME TABELA DESCRITA NO ITEM 13.**
- 12.3.** Para garantir o seu direito à cobertura, o segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio de seguro, conforme forma e periodicidade estipuladas, até a data de seu vencimento.
- 12.4.** A forma de pagamento do seguro poderá ser por débito em conta corrente nos bancos credenciados da seguradora, ficha de compensação ou carnê a favor de terceiros, conforme determinado na Proposta de Adesão ou solicitado pelo segurado, mediante contato com a Central de Atendimento e, quando se tratar de opção por débito em conta corrente, mediante preenchimento de autorização, devidamente assinada.
- 12.5.** Quando o segurado optar pelo pagamento em débito em conta corrente, a suspensão de autorização de débito caracterizará a inadimplência do segurado, sendo aplicado o disposto nos itens 17 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.
- 12.6.** **A periodicidade de pagamento do prêmio poderá ser: Mensal, Trimestral, Semestral ou Anual. Em caso de pagamento anual, este poderá ser à vista ou fracionado. A opção de periodicidade será determinada na Proposta de Adesão ou solicitada pelo segurado.**
- 12.7.** **Fica facultado à Seguradora, mediante comunicação prévia ao Segurado, alterar a periodicidade de pagamento indicada na proposta de adesão, caso o prêmio não atinja o valor mínimo estabelecido para o plano de seguro.**
- 12.8.** Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o segurado poderá efetuar o pagamento do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas, e sem acréscimo de valor.
- 12.9.** **Em caso de atraso no pagamento do prêmio será observado o disposto nos itens 17 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.**
- 12.10.** **Caso o sinistro ocorra dentro do prazo de tolerância para pagamento do prêmio, conforme descrito no item 17 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado se for realizado dentro do prazo.**
- 12.11.** **Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação de taxas do seguro, conforme previsto no item 14 – REAVALIAÇÃO DE TAXAS destas Condições Gerais.**
- 12.12.** **NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O DISPOSTO NOS ITENS 17, 18, 19, 20 E 21.**
- 12.13.** Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio serão pagos por quem a legislação determinar, não podendo haver estipulação expressa.

13. TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO

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

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

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

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

14. REAVALIAÇÃO DE TAXAS

14.1. Na ocasião da renovação da apólice, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias, conforme legislação vigente.

14.2. As alterações de taxas de seguro utilizadas para cálculo do prêmio que implicarem em ônus para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

15. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 15.1. **O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que seja aceita pela Seguradora e tenha sido paga o prêmio antecipado do seguro.**
- 15.2. O prazo de vigência da cobertura individual é de 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez, por igual período. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa, por solicitação escrita, até o vencimento do respectivo certificado, respeitadas as cláusulas 18 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL, 20 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE e 21 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.
- 15.3. **A cobertura individual terá vigência pelo período em que a apólice coletiva estiver em vigor, ou seja, até o término de sua vigência, caso esta não seja renovada, respeitada a vigência dos prêmios pagos e o previsto nestas Condições Gerais.**
- 15.4. O certificado individual e seus endossos terão início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
- 15.5. Em cada uma das renovações da cobertura individual será emitido novo certificado individual ao segurado.

16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

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

17. INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

18.1. A cobertura de qualquer segurado termina:

- a) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências em curso dos seguros individuais, cujo(s) prêmio(s) tenham sido pagos integralmente;**
- b) em caso de rescisão da apólice, segundo as regras estabelecidas nas condições contratuais;**

c) com a exclusão do segurado da apólice:

- i. **pelo pagamento da indenização** por: Morte, Antecipação de Indenização – prevista no item 3.1.2, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD);
- ii. **por falta de pagamento do prêmio** anual à vista ou da 1ª (primeira) parcela do seguro;
- iii. **por atraso no pagamento do prêmio:**
 - Se prêmio mensal, trimestral, semestral ou anual à vista: por período superior a 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de vencimento do 1º prêmio inadimplente;
 - Se prêmio anual ou fracionado: quando terminar o período de vigência individual correspondente ao prêmio pago, calculado na base “pró-rata dia”.
- iv. **na data em que for protocolado na Seguradora o pedido de cancelamento feito pelo segurado, desde que por escrito e devidamente assinado.**
 - Caso o segurado tenha optado por periodicidade de pagamento de prêmio diferente de mensal, a seguradora reterá do prêmio, além dos emolumentos, a parte do tempo decorrido, calculado na base “pró-rata dia”;
 - Em caso de pagamento mensal não caberá qualquer devolução.

d) com o término do vínculo entre o segurado e o Estipulante; e

e) com esgotamento dos limites máximos de indenização.

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

- a) Quando for cancelada, por qualquer motivo, a cobertura contratada para o Segurado Principal;
- b) Quando for extinta a condição de cônjuge ou companheira(o), prevista na definição do item 2.88;
- c) Com o pagamento da Indenização de Morte, Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado Dependente Cônjuge/Companheiro
- d) Quando for cancelada a garantia suplementar de **INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE**;
- e) Por solicitação do Segurado Principal.

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

- a) Quando for cancelada, por qualquer motivo, a cobertura contratada para o Segurado Principal;
- b) Quando o(s) filho(s) perder(em) a condição de dependente(s), prevista na definição do item 2.88;
- c) Com o pagamento da Indenização de Morte, Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado Dependente Filho
- d) Quando for cancelada a garantia suplementar de **INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE**;
- e) Por solicitação do Segurado Principal.

19. PERDA DE DIREITOS

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

- A) FIZER(EM) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO. NESTE CASO, O SEGURADO TAMBÉM FICARÁ OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO.
 - B) FALTAR COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTE SEGURO;
 - C) NO CASO DE FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULAR ACIDENTE OU AGRAVAR AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.
- 19.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO ESTIPULANTE, DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, A SEGURADORA PODERÁ:
- I. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:
 - 19.2.1. CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU
 - 19.2.2. MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.
 - II. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:
 - 19.2.3. CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU
 - 19.2.4. MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU DEDUZINDO-A DO VALOR A SER PAGO AO SEGURADO OU AO BENEFICIÁRIO OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.
 - III. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, MEDIANTE COBRANÇA DA DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.
- 19.3. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À COBERTURA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL.
- 19.4. COMUNICADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, A SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO.
- 19.5. ENTRE OUTRAS OCORRÊNCIAS, TAMBÉM SE CARACTERIZA COMO ALTERAÇÃO DE RISCO OCORRÊNCIAS COMO: MUDANÇA DE ATIVIDADE OU DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE.
- 19.6. A RESCISÃO DO CONTRATO DO SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

20. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 20.1.** A apólice de seguro tem vigência de 1 (um) ano, com renovação automática, por uma única vez, por igual período.
- 20.1.1.** A apólice poderá não ser renovada por expressa desistência do Estipulante ou da Seguradora, até 60 (sessenta) dias antes do seu término de vigência, e desde que haja comunicação prévia de igual período ao Segurado.
- 20.2.** As demais renovações deverão se dar por escrito entre o Estipulante e a Seguradora, a qualquer tempo, até o último dia da vigência em curso, salvo se a Seguradora ou o Estipulante tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação.
- 20.3.** Caso haja, na renovação, qualquer alteração na apólice, que implique ônus, deveres adicionais aos segurados ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo.
- 20.4.** A apólice e endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

21. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 21.1.** CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NO ITEM 23 – MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA, DESDE QUE HAJA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO, E MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (SESENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO AOS SEGURADOS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.
- 21.2.** ESTE SEGURO SÓ PODERÁ SER RESCINDIDO, DURANTE A VIGÊNCIA DA APÓLICE COLETIVA, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES CONTRATANTES, DEVENDO HAVER ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO.
- 21.3.** ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.
- 21.4.** A SEGURADORA NÃO PODERÁ CANCELAR A APÓLICE COLETIVA DURANTE O PRAZO DE VIGÊNCIA SOB A ALEGAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA NATUREZA DOS RISCOS.

22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 22.1.** Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o solicitante deverá comunicar imediatamente o sinistro à Seguradora, por meio da Central de Atendimento, impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos.
- 22.2.** Para o processo de regulação de sinistro deverão ser apresentados os documentos relacionados a seguir:
- 22.2.1.** Documentação para qualquer evento:
- Formulário "aviso de sinistro" assinado pelo solicitante;
 - Cópia do RG e CPF do segurado;

- c) Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante);
- 22.2.2.** 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 do segurado;
 - b) Quando a **Morte tiver ocorrido por acidente**, além do documento descrito na letra “a” deste item, também deverão ser apresentados:
 - i. Cópia do Laudo de Necropsia;
 - ii. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), **se cabível**;
 - iii. Cópia do Brevê de Piloto, **em caso de acidente aeronáutico e se o segurado for o piloto**;
 - iv. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), **se acidente automobilístico e o segurado for o condutor**;
 - v. Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
 - vi. Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado);
- 22.2.3.** Para **Antecipação de Indenização** prevista no item 3.1.2, além dos documentos descritos no item 22.2.1, deverão ser apresentados também:
- a) Relatório Médico-hospitalar expedido pelo médico ou entidade hospitalar, informando que o diagnóstico e o quadro clínico indicam um estado grave e comprometimento irreversível, sem possibilidade de recuperação com os recursos médicos/terapêuticos disponíveis, bem como todos os procedimentos médicos que sirvam de embasamento ao relatório;
- 22.2.4.** Para o pedido de **reembolso de despesas** da cobertura de **Decessos e Aquisição de Jazigo**, além dos documentos descritos no item 22.2.1 e 22.2.2, deverão ser apresentados também:
- a) Cópia do RG, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral;
 - b) Notas fiscais e recibos das despesas com o funeral.
- 22.2.5.** O(s) **beneficiário(s) indicado(s)** pelo segurado, além dos documentos descritos nos itens 22.2.1 e 22.2.2, deverão apresentar também os seguintes documentos:
- a) Cópias de RG(s) e CPF(s);
 - i. Na falta do RG do(s) beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento.
 - ii. **Independente da idade do(s) beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles.**
 - b) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato:
 - i. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s):
 - Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is)
 - Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s)

22.2.6. Na falta de beneficiários indicados pelo segurado, o(s) beneficiário(s) legal(is), além dos documentos descritos nos itens 22.2.1 e 22.2.2, deverá(ão) apresentar também os documentos descritos no item 22.2.5 e:

- a) Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do segurado, **necessária somente** caso o estado civil do segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo;
- b) Declaração que comprove união estável firmada em cartório ou emitida por órgão previdenciário, **necessária somente** caso exista companheira(o);
- c) Declaração do(s) herdeiro(s) legal(is) com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado, contendo o nome completo e suas respectivas datas de nascimento;
- d) Cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o cônjuge/companheiro(a) seja dependente do segurado(a).

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

- a) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica, assinado pelo segurado ou seu representante legal, quando for o caso;
- b) No lugar do Boletim de Ocorrência, citado no subitem “ii” da letra “b)” do item 22.2.2, poderá ser apresentada a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), **se cabível**;
- c) Exame de Corpo Delito, **quando indicado**;
- d) Relatório médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida em cartório;
- e) Cópia da carta de concessão de aposentadoria, em caso de Invalidez Permanente **Total** por Acidente (**se houver**);
- f) Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroencefalografia);
- g) **No caso de alienação mental, total e incurável:** além da comprovação médica, será necessária também a Certidão de Interdição Judicial definitiva.

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

- a) Relatório do médico assistente do segurado contendo:
 - i. Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
 - A indicação da data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro), qualificada pela data em que tiver sido oficialmente diagnosticada;
 - Informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item 3.7.7 – “Riscos Cobertos”;
 - Detalhamento do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.

- ii. Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
 - iii. Diagnóstico conclusivo, acompanhado do histórico da patologia e exames pertinentes que comprovem o laudo médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais.
- 22.2.9.** Para a **Garantia Suplementar da Inclusão Facultativa de Cônjuge** deverão ser apresentados os mesmos documentos solicitados em caso de sinistro do Segurado Titular, **conforme cada evento**, descritos neste item 22 e **também**:
- a) Certidão de Casamento extraída após o óbito, caso o estado civil seja: casado, divorciado, separado ou viúvo; **ou**
 - b) Declaração que comprove união estável nos termos do item 3.8.1.5.
- 22.2.10.** Para a **Garantia Suplementar de Inclusão de Filhos** deverão ser apresentados os mesmos documentos solicitados em caso de sinistro do Segurado Titular, **conforme cada evento**, descritos neste item 22 e **também** a Certidão de Nascimento.
- 22.2.11.** Para o evento **Doença Congênita** da **Garantia Suplementar de Inclusão de Filhos**, além dos documentos descritos no item 22.2.1, deverão ser apresentados **também**:
- a) Relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
 - b) Exames e laudos médicos que indiquem a doença congênita;
 - c) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento do Filho;
- 22.3.** No pagamento da indenização da cobertura de Morte, será pago ao(s) beneficiário(s) o capital segurado vigente na data de ocorrência do sinistro, deduzindo-se o adiantamento realizado pela Antecipação de Indenização, prevista no item 3.1.2, quando esta tiver sido contratada e requerida durante a vigência do seguro.
- 22.4.** Para a Cobertura de Decessos ou Aquisição de Jazigo:
- 22.4.1.** O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do capital segurado vigente na data do evento, bem como ao valor efetivamente dispendido pelo beneficiário.
 - 22.4.2.** O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizando monetariamente.
- 22.5.** A SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE:
- 22.5.1.** SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O GRAU OU PERMANÊNCIA DA **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE** E SUA RESPECTIVA PORCENTAGEM;
 - 22.5.2.** SOLICITAR LAUDO SUBSCRITO PELO MÉDICO INDICADO POR ELA, O QUAL ATESTE O **ESTADO TERMINAL** RECLAMADO, QUANDO SOLICITADA A **ANTECIPAÇÃO DE INDENIZAÇÃO**, PREVISTA NO ITEM 3.1.2.
- 22.6.** A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE TRATA ESTE SEGURO, DEVENDO SER COMPROVADA POR DECLARAÇÃO MÉDICA.

- 22.7. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado ou de estado terminal, a Seguradora poderá propor ao segurado a constituição de junta médica, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação.
- 22.8. A junta médica de que trata o item 22.7, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela Seguradora.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.
- 22.9. **O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM, E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA MÉDICA, A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR COM AS DESPESAS DA NOVA CONSTITUIÇÃO.**
- 22.10. **A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE E COMPROVAÇÃO DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO.**
- 22.11. **O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CONTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA A CURA COMPLETA.**
- 22.12. Os menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.
- 22.13. **AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO, DO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.**
- 22.14. **O Segurado, ao contratar o seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares.** Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado por meio de seu médico assistente.
- 22.15. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas no item 22.2.
- 22.16. A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos além dos mencionados no item 22.2, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 22.15, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.
- 22.17. **SERÃO CONSIDERADOS COMO PENDENTES, SEM CONTAGEM DE PRAZO PARA PAGAMENTO, OS PROCESSOS DE SINISTRO COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA ATÉ A DATA DO PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO DOCUMENTO EXIGIDO, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL.**
- 22.18. **VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTE ITEM 22, AS**

INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.

- 22.18.1.** Para os casos de pagamento anual à vista, o cálculo de atualização das indenizações será efetuado considerando-se a última atualização monetária aplicada sobre o capital segurado, conforme previsto no item 16 até o último índice publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 22.19.** No caso de extinção do índice pactuado no item 22.18, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.
- 22.20.** ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 22.18, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA PELO IPCA/IBGE, DE 0,50% (MEIO POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORE”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.
- 22.21.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-à independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 22.22.** A indenização de qualquer uma das coberturas contratadas será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.
- 22.23.** Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.
- 22.24.** CASO PROCEDA A RECUSA DO SINISTRO APÓS A PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS FUNERÁRIOS, A SEGURADORA PODERÁ REQUERER DO BENEFICIÁRIO O VALOR CORRESPONDENTE ÀS DESPESAS COM O FUNERAL DO SEGURADO.
- 22.25.** As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

23. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

- 23.1.** EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQÜÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM OS SEGURADOS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.
- 23.2.** PARA OS SEGURADOS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO.
- 23.3.** Caso o Estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato, que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos ao longo de sua vigência, deverá apresentar à Seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

- 23.3.1. A alteração só será válida e eficaz se a Seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo Endosso.**
- 23.3.2. No caso de aceitar a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.**
- 23.3.3. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.**
- 23.3.4. A seguradora deverá, sendo caso, manifestar sua recusa à proposta de alteração no prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da proposta do Estipulante apresentada na forma acima.**

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1. SÃO OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

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

- l) INFORMAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SEGURADORA, BEM COMO O PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO NO RISCO, NO CASO DE COSSEGURO, EM QUALQUER MATERIAL DE PROMOÇÃO OU PROPAGANDA DO SEGURO, EM CARACTERE TIPOGRÁFICO MAIOR OU IGUAL AO DO ESTIPULANTE; E**
- m) CUMPRIR TODAS AS CLÁUSULAS DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS.**

24.2. É VEDADO AO ESTIPULANTE:

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

25. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

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

26. PRESCRIÇÃO

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

27. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- 27.1.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 27.2.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 27.3.** Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.
- 27.4.** As condições contratuais deste produto protocoladas pela Seguradora na SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da proposta de adesão.

28. FORO

- 28.1. Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.
- 28.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio, o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado em decorrência de diagnóstico de uma das doenças previstas, desde que este diagnóstico ocorra durante a vigência do seguro, respeitada as condições contratuais em vigor na data de ocorrência do evento coberto e o limite de capital segurado contratado, **observados os riscos excluídos e o período de sobrevivência para atendimento às condições de elegibilidade.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** obstrução aguda da circulação sanguínea cardiovascular causada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio de fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro, ressonância magnética, e exame de fluido cefalorraquidiano.
- 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 da Proposta de Adesão, quando da contratação do Seguro, etc.
- 2.4. **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante e/ou Subestipulante.
- 2.5. **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. **Ato Ilícito: ato proibido por lei Consiste, ainda, na ação ou omissão voluntária, por negligência, por imprudência ou por imperícia que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.**
- 2.7. **Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.8. **Aviso de Sinistro:** comunicação específica de um sinistro com a finalidade de dar conhecimento imediato à Seguradora da ocorrência do evento passível de cobertura.
- 2.9. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber o valor do capital segurado, respeitada a cobertura contratada, na hipótese de ocorrência de evento coberto.
- 2.10. **Boa-fé:** princípio básico de qualquer contrato, principalmente no contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro. Neste conceito inclui-se a obrigação do segurado de prestar informações verdadeiras na proposta de contratação e durante a vigência de todo o contrato, declarando, também no decorrer da apólice, qualquer alteração no risco.

- 2.11. Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.
- 2.12. 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 capital segurado contratado em eventual ocorrência de evento coberto.
- 2.13. Carcionama ou Câncer:** doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.
- 2.14. Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
- 2.15. Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.
- 2.16. Cirurgia Coronariana:** Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de uma ou mais artérias coronárias que está ou estão estenosada(s) ou ocluída(s), com implante de ponte(s) vascular(es) na artéria coronária(s). A indicação de cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia.
- 2.17. Cobertura:** risco assumido pela seguradora, conforme o contrato de seguro, respeitados os eventos não cobertos e riscos excluídos.
- 2.18. 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.
- 2.19. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, no caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.20. Condições Especiais:** conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de cobertura de um plano de seguro que, eventualmente, alteram as condições gerais.
- 2.21. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e do Estipulante e/ou Subestipulante.
- 2.22. Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do Estipulante e/ou Subestipulante, da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).
- 2.23. Corretor:** é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre a Seguradora e pessoas físicas ou jurídicas.
- O corretor de seguros responde civilmente perante os Estipulantes, segurados e as Seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.**

- 2.24. Custeio:** Responsabilidade de pagamento do prêmio do seguro. O custeio poderá ser contributivo, ou seja, aquele em que os Segurados efetuam o pagamento do prêmio parcial ou integralmente, ou não contributivo, quando o Estipulante e/ou Subestipulante efetua o pagamento integralmente.
- 2.25. Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** documento utilizado para avaliação do risco pela Seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.
- 2.26. Doença Congênita:** é a doença adquirida antes do nascimento ou até completar o primeiro mês de vida resultante da má formação do organismo, seja qual for a sua causa e que comprometa o desenvolvimento neuropsicomotor.
- 2.27. Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.28. Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.29. Doença Crônica de Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.30. 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).
- 2.31. Doença e Lesão Preexistente e suas Consequências:** são as doenças ou lesões, inclusive congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à contratação do seguro, de seu conhecimento, não declarada na contratação do seguro, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações do seu estado de saúde. A omissão dessas doenças ou lesões, por ocasião da contratação do seguro, poderá ensejar a perda de direito ao seguro.
- 2.32. 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.
- 2.33. 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.
- 2.34. 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.
- 2.35. Doenças Previstas:** doenças que geram o direito ao recebimento do capital segurado previsto neste contrato. As definições, caracterizações e exclusões de cada doença estão descritas nestas condições gerais.
- 2.36. Dolo:** Vontade conscientemente dirigida ao fim de obter um resultado criminoso ou de assumir o risco de produzi-lo. É considerado, ainda, como ato de má-fé ou fraudulento.
- 2.37. Endosso:** Documento pelo qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice ou no certificado individual.
- 2.38. Estipulante e/ou Subestipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como Estipulante-instituidor, quando participar total ou parcialmente do custeio do plano e como Estipulante-averbador, quando não participar do custeio.

- 2.39. Etiologia:** Causa de cada doença.
- 2.40. Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de enquadramento nas coberturas previstas na apólice.
- 2.41. Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva em determinado período. Sua forma de apuração e distribuição será definida no Contrato, quando cabível.
- 2.42. Fatores de Risco e Morbidade:** Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.43. Formulário de Solicitação de Indenização/Relatório Médico:** o documento pelo qual o beneficiário solicita a indenização à seguradora.
- 2.44. Foro:** âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do contrato de seguro.
- 2.45. Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.46. Grupo Segurável:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e/ou Subestipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.47. Hígido:** Saudável.
- 2.48. 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.
- 2.49. Infarto:** é a morte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sangüíneo insuficiente para a área comprometida. O infarto deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico especialista e através de exames de eletrocardiograma e exames laboratoriais (enzimas específicas). O diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:
- História de dores torácicas típicas;
 - Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma - ECG (Depressão de onda, ondas T,Q);
 - Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB); e
 - Avaliação de enzimas cardíacas, incluindo CK-MB.
- 2.50. Início de Vigência:** a data a partir da qual a cobertura de risco proposta será garantida pela seguradora.
- 2.51. Início de Vigência da Cobertura Individual:** É a data a partir da qual a seguradora assume a cobertura dos eventos previstos nas condições contratuais para cada segurado.
- 2.52. Insuficiência Renal:** etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. Deve ser diagnosticada por médico habilitado em nefrologia e demonstrada através de exames complementares apropriados.
- 2.53. Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente ou segurado.
- 2.54. Médico Assistente:** É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a),**

dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.

- 2.55. Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.56. 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.
- 2.57. 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.
- 2.58. Período de Cobertura:** Prazo de duração da cobertura contratada, respeitada as condições contratuais, no qual o segurado fará jus ao capital segurado contratado, em caso de ocorrência de evento coberto.
- 2.59. Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos feito(s) pelo(s) segurado(s), Estipulante e/ou Subestipulante à Seguradora, destinados ao custeio do seguro.
- a) Prêmio Anual:** quando o prêmio for referente a 12 (doze) meses de cobertura individual.
- b) Prêmio Fracionado:** quando o prêmio único ou anual for fracionado em quantidade de parcelas consecutivas inferiores ao período de vigência da cobertura individual.
- c) Prêmio Bimestral, Trimestral ou Semestral:** quando o prêmio for pago em quantidade de parcelas não consecutivas com periodicidade de acordo com os bimestres, 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.

As opções de periodicidade serão definidas no Contrato.

- 2.60. Prêmio Comercial:** Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos.
- 2.61. Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos.
- 2.62. Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.63. Proponente:** Pessoa física que apresenta proposta para a contratação do seguro, interessada em contratar a cobertura ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.64. Proposta de Adesão:** documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar cobertura, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.65. 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.
- 2.66. Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.67. Recidiva:** Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.68. Regime Financeiro de Repartição Simples:** A estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

- 2.69. Regulação de Sinistro:** É o exame, das causas e circunstâncias do evento reclamado a fim de se caracterizar o risco ocorrido e avaliar sobre a sua cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 2.70. Riscos Excluídos:** são os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro contratado.
- 2.71. Segurado:** pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.72. Segurado Titular:** É o segurado vinculado por qualquer forma ao Estipulante e/ou Subestipulante.
- 2.73. Seguradora:** empresa devidamente constituída e legalmente autorizada para comercializar seguros, que se responsabiliza pela cobertura contratada, mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nas condições contratuais.
- 2.74. Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.75. Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.76. Sinistro:** A ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.
- 2.77. Transferência Corporal:** Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.
- 2.78. Transplante de órgãos:** necessidade médica do segurado de recepção de transplante em função de perda irreversível da função dos seguintes órgãos: fígado, coração, pulmão, pâncreas ou medula óssea.
- 2.79. Vigência da Apólice:** É o período no qual a Apólice Coletivo de Seguro está em vigor.
- 2.80. Vigência da Cobertura Individual:** É o período em que, respeitada a apólice em vigor, o Segurado tem direito à cobertura do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. Doenças Graves:** Garante ao segurado o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado, no caso de diagnóstico de uma das doenças previstas nas condições contratuais, desde que este diagnóstico ocorra durante a vigência do seguro, porém após o período de carência, **observada as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**
- 3.2.** As doenças ou procedimentos previstos nessas condições são:
- g) Câncer;
 - h) Infarto;
 - i) Acidente Vascular Cerebral (AVC);
 - j) Cirurgia Coronariana;
 - k) Insuficiência Renal;
 - l) Transplantes de órgãos.
- 3.3.** Será considerada como “data do evento” a data do diagnóstico médico.
- 3.4. A elegibilidade a indenização se dará após o 30º (trigésimo) dia da data do diagnóstico da doença coberta, desde que o segurado esteja vivo.**

- 3.5. O diagnóstico deverá ser comprovado por laudo emitido por médico especialista e emitido pela primeira vez após a data de início de vigência do seguro.
- 3.6. Não será aceito, para fins de comprovação do diagnóstico, laudo emitido por médico que seja próprio Segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS 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 A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**
 - b) **DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES; EXCETO SE DECORRENTE DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;**
 - c) **DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E QUE NÃO FOI(RAM) DECLARADA(S) PELO SEGURADO NA PROPOSTA DE ADESÃO;**
 - d) **DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL OU DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO, CUJA EXCLUSÃO SERÁ APLICADA SOMENTE EM RELAÇÃO AO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO;**
 - e) **PERDAS E DANOS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;**
 - f) **DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO. NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOA JURÍDICA INCLUEM-SE OS DANOS POR ATOS ILÍCITOS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES E/OU SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;**
 - g) **PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E BRIGAS, ATENTADOS OU RIXAS (EXCETO NOS CASOS DE LEGÍTIMA DEFESA OU ESTADO DE NECESSIDADE OU AINDA ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO) E DUELOS;**
 - h) **ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR AUXÍLIO A OUTREM;**

- i) **DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE PELO PRÓPRIO SEGURADO;**
- j) **PERTURBAÇÕES E INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUE ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS E/OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO DEVIDAMENTE HABILITADO, DESDE QUE SEJA DEMONSTRADO SEU NEXO CAUSAL;**
- k) **EPIDEMIAS E PANDEMIAS DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA, DENGUE, MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;**
- l) **ANOMALIAS DE NASCIMENTO INDEPENDENTEMENTE DE QUANDO SE MANIFESTEM;**
- m) **DANOS MORAIS SEJA QUAL FOR O MOTIVO, DECORRENTES DE NEGOCIAÇÃO OU ACORDOS QUE OCORRAM FORA DO ÂMBITO DE TRIBUNAIS QUE SEJAM PERTINENTE AOS CASOS EM QUESTÃO;**
- n) **DANOS E PERDAS, INCLUSIVE SE FOREM DIRETAMENTE OU INDIRETAMENTE RELACIONADOS À COBERTURA ESTABELECIDA NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS;**
- o) **PREJUÍZOS DECORRENTES DE INVALIDEZ PROFISSIONAL SEJA ELA PERMANENTE OU TEMPORÁRIA;**
- p) **DESCUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE.**
- q) **DOENÇAS PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO;**
- r) **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;**

4.1.1. ESTAS DOENÇAS OU CONDIÇÕES FÍSICAS PODERÃO SER IDENTIFICADAS PELA SEGURADORA POR TODOS OS MEIOS DE VERIFICAÇÃO QUE SEJAM ACEITOS COMO PROVA, INCLUSIVE OS PRONTUÁRIOS MÉDICO-HOSPITALARES EM CONSULTÓRIOS, CLÍNICAS, LABORATÓRIOS E HOSPITAIS.

4.2. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE CÂNCER:

- a) **CÂNCER DE PELE, EXCETO MELANOMA MALIGNO COM GRAU DE INVASÃO IGUAL OU SUPERIOR A 1,5 MM SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO DE BRESLOW;**
- b) **SARCOMA DE KAPOSÍ E OUTROS TUMORES RELATIVOS À AIDS;**
- c) **LEUCEMIA CRÔNICA;**
- d) **CÂNCER QUE ATRAVÉS DE EXAME HISTOLÓGICO TENHA CLASSIFICAÇÃO IGUAL A T1;**
- e) **CARCINOMA NÃO INVASIVO (CARCINOMA “IN SITU”) E QUALQUER GRAU DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC);**
- f) **TUMORES OU LESÕES DESCRITAS COMO PRÉ-MALIGNAS;**
- g) **CÂNCER DE PRÓSTATA (EXCETO AQUELES DE GRAU SUPERIOR NA CLASSIFICAÇÃO DE GLEASON OU SUPERIOR A T2N0M0 PELA CLASSIFICAÇÃO TNM); e**
- h) **QUALQUER TIPO DE CÂNCER DIAGNOSTICADO ANTES DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE E CUJA RECÍDIVA OU INVASÃO TENHA OCORRIDO NOS 30 (TRINTA) DIAS APÓS O INÍCIO DE VIGÊNCIA.**

- 4.3. OS INFARTOS DO MIOCÁRDIO ANTIGOS DEMONSTRADOS ATRAVÉS DO ECG, TODA A ANGINA DO PEITO, INCLUINDO ANGINA ESTÁVEL E INSTÁVEL, ANGINA DECÚBITO, INFARTO DO MIOCÁRDIO SEM ELEVAÇÃO DO SEGMENTO ST NO ECG COM ELEVAÇÃO DA TROPONINA “I” OU “T”. E OUTRAS SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE INFARTO.**
- 4.4. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL:**
- a) ATAQUES ISQUÊMICOS TRANSITÓRIOS;
 - b) QUALQUER OUTRA ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA, QUE NÃO A PARALISIA IRREVERSÍVEL, RESULTANTE DE ACIDENTE VASCULAR;
 - c) INJÚRIA CEREBRAL RESULTANTE DE HIPÓXIA OU TRAUMA;
 - d) HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR ACIDENTE;
 - e) HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR TUMORES;
 - f) HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR CIRURGIAS NO CÉREBRO;
 - g) OBSTRUÇÃO DE ARTÉRIA OFTÁLMICA RESULTANDO EM DANO NEUROLÓGICO; e
 - h) SINTOMAS NEUROLÓGICOS CAUSADO POR ENXAQUECAS.
- 4.5. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE CIRURGIA CORONARIANA:**
- a) ANGIOPLASTIA;
 - b) OUTROS PROCEDIMENTOS INTRA-ARTERIAIS;
 - c) CIRURGIA TIPO “KEY- HOLE” (QUAISQUER PROCEDIMENTOS A TÓRAX FECHADO, UTILIZANDO-SE CATETERES CIRÚRGICOS); e
 - d) QUAISQUER PROCEDIMENTOS OU TÉCNICAS NÃO CIRÚRGICAS.
- 4.6. ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA A COBERTURA DE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS:**
- a) TRANSPLANTES DOS DEMAIS ÓRGÃOS NÃO LISTADOS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS;
 - b) TRANSPLANTE DE TECIDO;
 - c) TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO;
 - d) TRANSPLANTE DE CÉLULAS-BETA DO PÂNCREAS;
 - e) AUTOTRANSPLANTE; e
 - f) QUAISQUER TRANSPLANTES DE APENAS UMA PARTE DO ÓRGÃO.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. CARÊNCIA

- 6.1.** O período de carência será definido no Contrato e na proposta de adesão, sendo contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou do aumento do capital segurado.

- 6.2. No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para o(s) segurado(s) já incluído(s) no seguro pela apólice anterior.
- 6.3. O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva.

7. ACEITAÇÃO E ADESÃO DO SEGURO

- 7.1. **A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE SE FORMALIZARÁ PELA ASSINATURA DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO PELO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE E PELO CORRETOR, CONTENDO AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.**
- 7.2. Poderá ser aceito como segurado todo o proponente que esteja, na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em perfeitas condições de saúde e **com idade dentro dos limites estabelecidos no Contrato.**
- 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 com Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, devidamente assinada pelo proponente, seu representante legal, quando for o caso, 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, uma única vez, a apresentação de novos documentos ou de exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso e voltará a correr à zero hora do dia seguinte em que ocorrer o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado.**
 - 7.5.1. **Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.**
- 7.6. **A recusa do risco será comunicada pela Seguradora ao proponente por escrito, devidamente justificada.**
- 7.7. **A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito no prazo de 15 (quinze) dias, respeitadas as condições de suspensão, caracterizará a aceitação automática da proposta.**
- 7.8. **Na proposta de adesão deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à Seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro. A constatação de omissões, de declarações inexatas ou de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ensejará a perda do direito à cobertura, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora terá o direito, a seu critério, de resolver o contrato ou a cobrar a diferença do prêmio, mesmo após o sinistro, observado o disposto no artigo 766 do Código Civil.**
- 7.9. **O pagamento antecipado do prêmio do seguro, total ou parcial, não caracteriza a aceitação da Proposta de Adesão.**

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

8. BENEFICIÁRIOS

- 8.1. O beneficiário deste seguro será o próprio segurado, ainda que assistido ou representado.

9. CAPITAL SEGURADO

- 9.1. Entende-se por capital segurado o valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto, respeitando o limite estabelecido para a cobertura contratada.

- 9.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação do sinistro a data do diagnóstico médico. **A elegibilidade a indenização se dará no 30º (trigésimo) dia após a data do diagnóstico da doença coberta, desde que o segurado esteja vivo.**
- 9.3. Quando o seguro for custeado integralmente pelo segurado e o capital segurado não for definido por múltiplo salarial, o segurado poderá solicitar o aumento em qualquer época, mediante solicitação por escrito, observando-se o limite máximo de capital segurado individual vigente. Quando o seguro for custeado integral ou parcialmente pelo Estipulante e/ou Subestipulante, estes poderão solicitar o aumento do capital segurado.
- 9.3.1. **A seguradora terá o prazo máximo de 15 (quinze) dias para análise, considerando-se as determinações previstas no item 7. Se aceito pela Seguradora, o novo capital segurado terá início de vigência conforme indicado no certificado individual, sendo a cobrança do novo prêmio referente à data de início de vigência do capital segurado aumentado. 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 Contrato para o valor aumentado.**
- 9.4. Para o aumento do capital segurado, o segurado deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do capital segurado e não informada na nova Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, o pagamento da indenização será efetuado com base no valor anterior ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios.
- 9.5. Todos os valores são expressos em moeda corrente nacional.

10. CUSTEIO DO SEGURO

- 10.1. A forma de custeio do seguro será estabelecida no Contrato, com base nas seguintes possibilidades:
- Contributário: aquele em que o Segurado paga o seguro total ou parcialmente.
 - Não Contributário: aquele que o Estipulante e/ou Subestipulante paga a totalidade do seguro.

11. REGIME FINANCEIRO

- 11.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante e/ou Subestipulante.
- 11.2. No Regime Financeiro de Repartição Simples, os prêmios pagos, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada segurado para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro.

12. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 12.1. O valor do prêmio inicial será determinado na contratação do seguro em função da idade do segurado, da cobertura e do respectivo capital segurado 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 17, O VALOR DO PRÊMIO PODERÁ SER REAJUSTADO EM FUNÇÃO DO REENQUADRAMENTO DE TAXAS POR MUDANÇA DE IDADE DO SEGURADO, CONFORME DESCRITO NO CONTRATO OU SEREM REAVALIADOS COM O ESTIPULANTE COM BASE NA COMPOSIÇÃO ETÁRIA DO GRUPO SEGURADO E RESPECTIVOS CAPITAIS SEGURADOS.**
- 12.3. Para garantir o seu direito à cobertura, o Segurado ou Estipulante e/ou Subestipulantes deverão 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 opções determinadas no Contrato e descritas na Proposta de Adesão ou solicitado pelo Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante.
- 12.5. Para os seguros 100% (cem por cento) contributários, ou seja, custeados integralmente pelo segurados, cuja operação de repasse dos prêmios não seja feita pelo Estipulante, a solicitação da alteração da forma de pagamento poderá ser realizada pelo segurado mediante contato com a Central de Atendimento. Nestes casos, quando se tratar de alteração para a opção de débito em conta corrente, esta será realizada mediante preenchimento de autorização devidamente assinada.
- 12.6. Quando a forma de pagamento for débito em conta corrente, a suspensão de autorização de débito caracterizará a inadimplência, sendo aplicado o disposto nos itens 18 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 19 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.
- 12.7. **A periodicidade de pagamento do prêmio será determinada no Contrato e poderá ser: Mensal, Bimestral, Trimestral, Semestral ou Anual. Em caso de pagamento anual, este poderá ser à vista ou fracionado em parcelas consecutivas. Quando o custeio for contributário, a periodicidade será determinada na Proposta de Adesão ou solicitada pelo Segurado ou Estipulante e/ou Subestipulante, conforme o(s) responsável(is) pelo pagamento do seguro.**
- 12.8. **Fica facultado à Seguradora, mediante comunicação prévia ao responsável pelo pagamento do seguro, alterar a periodicidade de pagamento indicada na proposta de adesão, caso o prêmio não atinja o valor mínimo estabelecido para o plano de seguro.**
- 12.9. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante, poderá efetuar o pagamento do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de sua cobertura e sem acréscimo de valor.
- 12.10. **Em caso de atraso no pagamento do prêmio será observado o disposto nos itens 18 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 19 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.**
- 12.11. **Caso o sinistro ocorra dentro do prazo de tolerância para pagamento do prêmio, conforme descrito no item 18 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado se for realizado dentro do prazo.**
- 12.12. Qualquer indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver sido realizado pelo Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante até a data de vencimento estabelecida.
- 12.13. **Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação de taxas do seguro, conforme previsto no item 15 – REAVALIAÇÃO DE TAXAS destas Condições Gerais.**

12.14. 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 18, 19, 20, 21 E 22.

12.15. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio serão pagos por quem a legislação determinar, não podendo haver estipulação expressa.

13. SEGURADOS AFASTADOS

13.1. Os prêmios dos segurados afastados para tratamento de saúde, em decorrência de doença, devem ser pagos normalmente à Seguradora para que não haja a interrupção da respectiva cobertura.

13.2. Os capitais segurados dos segurados afastados para tratamento de saúde, em decorrência de doença, serão alterados na mesma proporção, sempre que forem alterados compulsoriamente os capitais do grupo segurado que se encontrar em plena atividade profissional.

13.3. É vedada, ao segurado afastado, toda e qualquer alteração individual do capital, decorrente de aumento por promoção, após seu afastamento.

13.4. Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma para outra apólice, da mesma ou de outra sociedade seguradora, serão mantidos no novo seguro, os segurados principais afastados do serviço ativo por doença, desde que atendidas as demais exigências da proposta e no contrato de seguro.

14. TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO

14.1. Sem prejuízo do disposto no item 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, poderá ser aplicado reenquadramento etário por mudança de idade ou faixa etária, sendo os percentuais definidos no Contrato, quando for este o caso.

15. REAVALIAÇÃO DE TAXAS

15.1. Na ocasião da renovação da apólice, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias, conforme legislação vigente.

15.2. Para os seguros custeados integralmente pelos segurados, 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.

16. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

16.1. O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que seja aceita pela Seguradora e tenha sido paga o prêmio antecipado do seguro.

16.2. O prazo de vigência da cobertura individual é de 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez, por igual período. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo Estipulante e/ou Subestipulante, obrigatoriamente, de forma expressa, por solicitação escrita, até o vencimento do respectivo certificado, respeitadas as cláusulas 19 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL, 21 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE e 22 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.

- 16.3. A cobertura individual terá vigência pelo período em que a apólice coletiva estiver em vigor, ou seja, até o término de sua vigência, caso esta não seja renovada, respeitada a vigência dos prêmios pagos e o previsto nas condições contratuais.**
- 16.4. O certificado individual e seus endossos terão início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.**
- 16.5. Em cada uma das renovações da cobertura individual será emitido novo certificado individual ao(s) Segurado(s).**

17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 17.1. QUANDO O CAPITAL SEGURADO NÃO FOR DEFINIDO EM FUNÇÃO DE MÚLTIPLO SALARIAL, ESTES E OS PRÊMIOS DE CADA SEGURADO SERÃO ATUALIZADOS ANUALMENTE, COM BASE NA VARIAÇÃO DO IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO DA FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, ACUMULADO DOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES ATÉ O 2º (SEGUNDO) MÊS ANTERIOR AO ANIVERSÁRIO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL.**
- 17.2. 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.**

18. INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO

- 18.1. EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DA 1ª PARCELA DO PRÊMIO NA CONTRATAÇÃO ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO NÃO ESTARÁ CARACTERIZADA A EFETIVAÇÃO DA CONTRAÇÃO DO SEGURO.**
- 18.2. 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.**
- 18.3. PARA OS CASOS DE OPÇÃO POR PAGAMENTO DE PRÊMIO ANUAL À VISTA, MENSAL, TRIMESTRAL OU SEMESTRAL:**
 - 18.3.1. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA, DESCRITO NO ITEM 18.2, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS DURANTE A INADIMPLÊNCIA, MAS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO FICARÁ CONDICIONADO AO RECEBIMENTO DO(S) PRÊMIO(S) DEVIDO(S), COM OS ENCARGOS PREVISTOS NOS ITENS 18.7, 18.8 E 18.9.**
 - 18.3.2. APÓS O TÉRMINO DO PRAZO DE TOLERÂNCIA, MENCIONADO NO ITEM 18.2, SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO, O SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO.**
- 18.4. PARA OS CASOS DE OPÇÃO POR PAGAMENTO DE PRÊMIO ANUAL FRACIONADO:**
 - 18.4.1. NA FALTA DE PAGAMENTO DE PARCELA POSTERIOR À PRIMEIRA, O PRAZO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL SERÁ AJUSTADO EM FUNÇÃO DO PRÊMIO EFETIVAMENTE PAGO, TOMANDO-SE POR BASE O CÁLCULO PRÓ-RATA DIA.**

- 18.4.2. RESTABELECIDO O PAGAMENTO DO PRÊMIO FICARÁ RESTAURADO O PRAZO ORIGINAL DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.
- 18.4.3. CASO NÃO HAJA PAGAMENTO DO PRÊMIO DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA DESCRITO NO ITEM 18.2, O SEGURO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO, RESPEITANDO-SE A VIGÊNCIA AJUSTADA, CONFORME DESCRITO NO ITEM 18.4.1.
- 18.5. 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.
- 18.6. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO COM FIEL OBSERVÂNCIA DE TODOS OS PRÉ-REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DO PROPONENTE NO SEGURO, CONFORME DISPOSTO NO ITEM 7 – ACEITAÇÃO E ADESÃO DO SEGURO. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, EM HIPÓTESE ALGUMA SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.
- 18.7. 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.
- 18.8. No caso de extinção do índice pactuado no item 18.7, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.
- 18.9. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 18.7, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,50% (MEIO POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

19. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 19.1. A cobertura do segurado termina:
- a) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências em curso dos seguros individuais, cujo(s) prêmio(s) tenham sido pagos integralmente;
 - b) em caso de rescisão da apólice, segundo as regras estabelecidas nas condições contratuais;
 - c) com a exclusão do segurado da apólice:
 - i. por falta de pagamento do prêmio anual à vista ou da 1ª (primeira) parcela do seguro;
 - ii. por atraso no pagamento do prêmio:
 - Se prêmio mensal, trimestral, semestral ou anual à vista: por período superior a 60 (sessenta) dias, contados a partir da data de vencimento do 1º prêmio inadimplente;
 - Se prêmio anual fracionado: quando terminar o período de vigência individual correspondente ao prêmio pago, calculado na base “pró-rata dia”.

- iii. na data em que for protocolado na Seguradora o pedido de cancelamento feito pelo segurado, desde que por escrito e devidamente assinado:
 - Caso o segurado tenha optado por periodicidade de pagamento de prêmio diferente de mensal, a seguradora reterá do prêmio, além dos emolumentos, a parte do tempo decorrido, calculado na base “pró-rata dia”;
 - Em caso de pagamento mensal não caberá qualquer devolução.
- d) com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante e/ou Subestipulante; e
- e) com o pagamento da indenização.

20. PERDA DE DIREITOS

- 20.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ O PRÊMIO DO SEGURO E TERÁ AINDA O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, SE O SEGURADO AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO, OU CASO O ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE, O SEGURADO, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU CORRETOR OU SEU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS):
 - A) FIZER(EM) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO. NESTE CASO, O SEGURADO TAMBÉM FICARÁ OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO.
 - B) FALTAR COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTE SEGURO;
 - C) NO CASO DE FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULAR ACIDENTE OU AGRAVAR AS SUAS CONSEQÜÊNCIAS.
- 20.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE, DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, A SEGURADORA PODERÁ:
 - I. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:
 - 20.2.1. CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU
 - 20.2.2. MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.
 - II. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, MEDIANTE A COBRANÇA DA DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.
- 20.3. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À COBERTURA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL.

- 20.4. **COMUNICADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, A SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO.**
- 20.5. **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.**
- 20.6. **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.**

21. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 21.1. A apólice de seguro tem vigência de 1 (um) ano, com renovação automática, por uma única vez, por igual período.
 - 21.1.1. **A apólice poderá não ser renovada por expressa desistência do Estipulante ou da Seguradora, até 60 (sessenta) dias antes do seu aniversário, e desde que haja comunicação prévia de igual período ao Segurado.**
- 21.2. A renovação da apólice deverá ser por escrito entre o Estipulante e/ou Subestipulante e a Seguradora, a qualquer tempo, até o último dia da vigência em curso, salvo se a Seguradora ou o Estipulante e/ou Subestipulante tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação.
- 21.3. Caso haja, na renovação, qualquer alteração na apólice, que implique ônus, deveres adicionais aos segurados ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante e/ou Subestipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo.
- 21.4. A apólice e endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

22. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 22.1. **CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NO ITEM 24 – 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 AOS SEGURADOS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.**
- 22.2. **ESTE SEGURO SÓ PODERÁ SER RESCINDIDO, DURANTE A VIGÊNCIA DA APÓLICE COLETIVA, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES CONTRATANTES, DEVENDO HAVER ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO.**
- 22.3. **ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.**

22.4. A SEGURADORA NÃO PODERÁ CANCELAR A APÓLICE COLETIVA DURANTE O PRAZO DE VIGÊNCIA SOB A ALEGAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA NATUREZA DOS RISCOS.

23. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

23.1. 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.

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

23.2.1. Documentação para qualquer evento:

- a) **Comunicado de sinistro com informações médicas (com todos os itens preenchidos);**
- b) **Cópia do RG e CPF do segurado;**
- c) **Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante);**

23.2.2. Para o evento decorrente de Câncer será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia; e**
- b) **Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivo (apropriados para cada caso).**

23.2.3. Para o evento decorrente de Infarto será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cardiologia demonstrando por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: histórico da dor precordial típica, alteração eletrocardiográfica, alterações das enzimas cardíacas, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso.**

23.2.4. Para o evento decorrente de Acidente Vascular Cerebral será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia; e**
- b) **Exames complementares apropriados (tomografia computadorizada, ressonância magnética e exame de fluido cefalorraquidiano).**

23.2.5. Para o evento decorrente de Cirurgia Coronariana será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cirurgia cardíaca.**

23.2.6. Para o evento decorrente de Insuficiência Renal será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em nefrologia; e**
- b) **Exames complementares apropriados.**

23.2.7. Para o evento decorrente de Transplante de Órgãos será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Laudo de diagnóstico e exames complementares apropriados para cada caso, com recomendação feita pelo menos por 2 (dois) médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.**
- 23.3. A SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O DIAGNÓSTICO.**
- 23.4.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado ou de estado terminal, a Seguradora poderá propor ao segurado a constituição de junta médica, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação.
- 23.5.** A junta médica de que trata o item 23.4, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela Seguradora.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.
- 23.6. 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.**
- 23.7. A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DE COMPROVAÇÃO DA OCORRÊNCIA DE EVENTO COBERTO.**
- 23.8.** Os menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.
- 23.9. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO, DO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.**
- 23.10. O Segurado, ao contratar o seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares.** Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado por meio de seu médico assistente.
- 23.11.** 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 23.2.
- 23.12.** 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 23.11 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 1º (primeiro) dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.
- 23.13. SOMENTE SERÁ PAGA POR ESTE SEGURO A INDENIZAÇÃO REFERENTE À PRIMEIRA DOENÇA DIAGNOSTICADA DENTRE AS PREVISTAS NESSAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, NO PRAZO DE VIGÊNCIA DESSE SEGURO E APÓS O PERÍODO DE CARÊNCIA.**

- 23.14. 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.**
- 23.15. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NESTE ITEM 23, 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.**
- 23.15.1. Para os casos de pagamento anual à vista, o cálculo de atualização das indenizações será efetuado considerando-se a última atualização monetária aplicada sobre o capital segurado, conforme previsto no item 16 até o último índice publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.**
- 23.16. No caso de extinção do índice pactuado no item 23.15, 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.**
- 23.17. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 23.15, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA PELO IPCA/IBGE, DE 0,50% (MEIO POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORE”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**
- 23.18. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.**
- 23.19. A indenização da cobertura contratada será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.**
- 23.20. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.**
- 23.21. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.**

24. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

- 24.1. EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQUÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM OS SEGURADOS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.**
- 24.2. PARA OS SEGURADOS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO.**
- 24.3. Caso o Estipulante e/ou Subestipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato, ao longo de sua vigência, que implique em ônus, dever aos segurados ou redução de seus direitos, deverá apresentar à Seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que**

comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

- 24.3.1. A alteração só será válida e eficaz se a Seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo Endosso.**
- 24.3.2. No caso de aceitar a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.**
- 24.3.3. 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.**
- 24.3.4. 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 e/ou Subestipulante apresentada na forma acima.**

24.4. SÃO OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE:

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

m) **CUMPRIR TODAS AS CLÁUSULAS DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS.**

24.5. É VEDADO AO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE:

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

25. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

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

26. PRESCRIÇÃO

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

27. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- 27.1.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 27.2.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 27.3.** Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

28. FORO

- 28.1.** Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.
- 28.2.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir, mediante o recebimento do prêmio, o pagamento do capital segurado ao próprio segurado ou seu(s) beneficiário(s), conforme o caso, respeitadas as condições contratuais em vigor na data de ocorrência do evento coberto, as coberturas 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, violento, e causador de lesão física**, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, **tenha como consequência DIRETA a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado**, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

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

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

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

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

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

b) **excluem-se desse conceito:**

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

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

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

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

- 2.2. **Aditivo:** equivalente ao endosso, é o termo utilizado para definir instrumento do contrato de seguro utilizado para proceder as alterações na apólice.

- 2.3. **Agravação do risco:** Considera-se agravação de risco, toda e qualquer situação ou evento que possa alterar o risco coberto pela Seguradora, como por exemplo, mudanças de hábitos, prática de esportes, mudança de residência ou local de trabalho, profissão ou função desempenhada, alterações nas informações prestadas na Proposta de Adesão, quando da contratação do Seguro, etc.
- 2.4. **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.
- 2.5. **Atividade Laborativa:** Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
- 2.6. **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.7. **Ato Ilícito:** ato proibido por lei. Consiste, ainda, na ação ou omissão voluntária, por negligência, por imprudência ou por imperícia que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.
- 2.8. **Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 2.9. **Aviso de Sinistro:** comunicação específica de um sinistro com a finalidade de dar conhecimento imediato à Seguradora da ocorrência de evento passível de cobertura
- 2.10. **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber o valor do capital segurado, respeita(s) a(s) cobertura(s) contratada(s), na hipótese de ocorrência de evento coberto.
- 2.11. **Boa fé:** princípio básico de qualquer contrato, principalmente no contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro. Neste conceito inclui-se a obrigação do segurado de prestar informações verdadeiras na proposta de contratação e durante a vigência de todo o contrato, declarando, também no decorrer da apólice, qualquer alteração no risco.
- 2.12. **Capital Segurado:** valor máximo para a cobertura contratada, vigente na data do evento coberto, a ser pago pela seguradora ao beneficiário.
- 2.13. **Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito ao(s) capital(is) segurado(s) contratado(s), no caso de ocorrência de evento coberto. **Não haverá carência para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, ressalvada a hipótese de suicídio (desde que não ocorrido nos primeiros dois anos de contratação ou de sua recondução, depois de suspenso), prevista no item 6.1 destas Condições Gerais.**
- 2.14. **Carregamento:** importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
- 2.15. **Certificado Individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.
- 2.16. **Cobertura:** risco assumido pela seguradora, conforme o contrato de seguro, respeitados os eventos não cobertos e riscos excluídos.
- 2.17. **Comoriência:** é a presunção de morte simultânea, quando do falecimento de 2 (dois) ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.
- 2.18. **Companheira(o):** 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.

- 2.19. Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, no caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- 2.20. Condições Especiais:** conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de cobertura de um plano de seguro que, eventualmente, alteram as condições gerais.
- 2.21. Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da seguradora, do(s) segurado(s), do(s) beneficiário(s) e do estipulante.
- 2.22. Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, do(s) segurado(s) e do(s) beneficiário(s).
- 2.23. Corretor:** é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitada e legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre seguradora e pessoas físicas ou jurídicas. **O corretor de seguros responde civilmente perante os estipulantes, segurados e as seguradoras, pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.**
- 2.24. Custeio:** Responsabilidade de pagamento do prêmio do seguro. O custeio será contributivo, ou seja, aquele em que os Segurados efetuam o pagamento do prêmio integralmente.
- 2.25. Dano estético:** Subespécie de dano corporal que se caracteriza pela redução ou eliminação de padrão de beleza, mas sem a ocorrência de sequelas que interfiram no funcionamento do organismo.
- 2.26. Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** é o documento utilizado para avaliação do risco pela seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.
- 2.27. 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).
- 2.28. Doença e Lesão Preexistente e suas Consequências:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado em data anterior à contratação do seguro, de seu conhecimento, não declarada na contratação do seguro, caracterizando-se pela omissão de tratamento ou pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações do seu estado de saúde. **A omissão dessas doenças ou lesões, por ocasião da contratação do seguro, poderá ensejar a perda de direito ao seguro.**
- 2.29. 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.
- 2.30. 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.
- 2.31. Endosso:** Documento pelo qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice ou no certificado individual.
- 2.32. Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado nos termos da legislação e regulamentação em vigor, sendo identificada como estipulante-averbador por não participar do custeio do plano.

- 2.33. **Evento Coberto:** acontecimento futuro, possível e incerto, passível de enquadramento nas coberturas previstas na apólice.
- 2.34. **Foro:** âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do contrato de seguro.
- 2.35. **Grupo Segurado:** a totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.36. **Grupo Segurável:** a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.37. **Impotência Funcional:** É a alteração de função orgânica ou de partes do organismo que gera diminuição da capacidade física ou intelectual ao indivíduo.
- 2.38. **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.
- 2.39. **Início de Vigência:** a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.
- 2.40. **Início de Vigência da Cobertura Individual:** É a data a partir da qual a seguradora assume a cobertura dos eventos previstos nestas condições gerais para cada segurado.
- 2.41. **Laudo Médico:** documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente ou segurado.
- 2.42. **Médico Assistente:** profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do segurado. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**
- 2.43. **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.44. **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.
- 2.45. **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.
- 2.46. **Período de Cobertura:** Prazo durante o qual o segurado ou o(s) beneficiário(s), quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados, em caso de ocorrência de evento coberto.
- 2.47. **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- e) **Prêmio Anual:** quando o prêmio for referente a 12 (doze) meses de cobertura individual.
- f) **Prêmio Fracionado:** quando o prêmio único ou anual for fracionado em quantidade de parcelas consecutivas inferiores ao período de vigência da cobertura individual.
- g) **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.
- h) **Prêmio Mensal:** quando o prêmio for pago mensalmente durante toda a vigência da cobertura individual.
- 2.48. **Prêmio Comercial:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos.
- 2.49. **Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos.

- 2.50. **Proponente:** o interessado em contratar a(s) coberturas(s) ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.51. **Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.52. **Proposta de Contratação:** documento assinado pelo Estipulante contendo as coberturas do plano de seguro, no qual o Estipulante expressa intenção de contratação do seguro coletivo, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 2.53. **Redução Funcional:** É a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.
- 2.54. **Regime Financeiro de Repartição Simples:** estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.
- 2.55. **Regulação de Sinistro:** É o exame, das causas e circunstâncias do evento reclamado a fim de se caracterizar o risco ocorrido e avaliar sobre a sua cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 2.56. **Reintegração do Capital Segurado:** É o restabelecimento do capital segurado após a ocorrência de um sinistro coberto.
- 2.57. **Riscos Excluídos:** são os riscos previstos nas condições contratuais que não serão cobertos pelo seguro contratado.
- 2.58. **Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.59. **Seguradora:** empresa legalmente autorizada para comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s), mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nestas condições contratuais.
- 2.60. **Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 2.61. **Sinistro:** ocorrência de evento coberto, durante o período de vigência do seguro.
- 2.62. **Vigência da Apólice:** É o período no qual a Apólice Coletiva de Seguro está em vigor.
- 2.63. **Vigência da Cobertura Individual:** É o período em que, respeitada a apólice em vigor, o Segurado tem direito à(s) cobertura(s) do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

Este Seguro oferece as seguintes coberturas, que poderão ser contratadas, **desde que especificadas na Proposta de Adesão e constante no Certificado Individual:**

- 3.1. **Morte Acidental (MA):** Garante ao beneficiário o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado no caso **morte do segurado em decorrência de acidente pessoal coberto, observadas as condições contratuais, desde que não se trate de riscos expressamente excluídos.**
- 3.1.1. **Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente, conforme definido no Contrato.**

3.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): Garante o pagamento de indenização ao próprio segurado referente à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal coberto, calculada conforme TABELA PARA O CÁLCULO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, constante no item 3.2.3, destas condições gerais, limitado ao valor correspondente a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, observadas as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.

3.2.1. 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. 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 ao próprio segurado, de uma só vez, uma indenização, de acordo com a TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, descrita no item 3.2.3 destas condições gerais.

- a) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à porcentagem prevista na tabela para a sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da porcentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização proporcional será calculada, respectivamente, na base das porcentagens de 75% (SETENTA E CINCO POR CENTO), 50% (CINQUENTA POR CENTO) e 25% (VINTE E CINCO POR CENTO);**
- b) Em todos os casos de Invalidez Permanente Parcial não especificados na citada tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão;**
- c) Quando de um mesmo acidente resultar a invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para esta cobertura. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total;**
- d) A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente;**
- e) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.**

3.2.3. 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
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Mudez incurável	50
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna 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
	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 do valor do dedo respectivo	
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25	
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25	



TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	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
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 03 (três) centímetros	06
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 03 (três) centímetros	sem indenização
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.		
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
DIVERSAS	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com 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 FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15	



PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
DIVERSAS	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda de dois ovários	15
	Perda de dois testículos	15
	Perda do útero depois da menopausa	10
	Perda de um ovário	05
	Perda de um testículo	05
	APARELHO URINÁRIO	
	Perda de rim único	75
	Perda de um rim, com rim remanescente:	
	- Redução da função renal (dialítica)	75
	- Redução da função renal (não dialítica)	50
	- Com função preservada	30
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
	- Em grau máximo	20
	- Em grau médio	10
	- Em grau mínimo	05
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Perda total do olfato	7
	PESCOÇO	
	Traqueostomia definitiva	40
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total das duas orelhas	16
	Amputação total de uma orelha	8
	TÓRAX	
	Aparelho Respiratório	
	Resecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
	- Com insuficiência respiratória	75
	- Com redução em grau médio da função respiratória	50
	- Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	- Com função respiratória preservada	15
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA
DIVERSAS	Mamas (Femininas)	
	Mastectomia bilateral	20
	Mastectomia unilateral	10
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia total	40
	Gastrectomia subtotal	20
	Perda do Baço	15
	Fígado	
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Intestino Delgado	
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia 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	

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

- 3.2.5. Caso haja o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), o segurado será automaticamente excluído da apólice.
- 3.2.6. Essa cobertura poderá ser contratada isoladamente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS, DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:
- DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA, OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;
 - 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;
 - DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E QUE NÃO FOI(RAM) DECLARADA(S) PELO SEGURADO NA PROPOSTA DE ADESÃO;
 - DOENÇAS PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO, EXCETO INVALIDEZ PERMANENTE;
 - AS 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;
 - DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS DE VIGÊNCIA DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL OU DO AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO, CUJA EXCLUSÃO SERÁ APLICADA SOMENTE EM RELAÇÃO AO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO;
 - PERDAS E DANOS CAUSADAS 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;
 - DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO, E QUANDO TRATAR-SE DE CONTRATAÇÃO CELEBRADA POR PESSOA JURÍDICA, INCLUEM-

SE OS PRATICADOS POR SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES E SEUS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;

- i) PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E BRIGAS, ATENTADOS OU RIXAS (EXCETO NOS CASOS DE LEGÍTIMA DEFESA OU ESTADO DE NECESSIDADE OU AINDA ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO E DUELOS;
- j) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR AUXÍLIO A OUTREM;
- k) DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE PELO PRÓPRIO SEGURADO;
- l) 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;
- m) 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;
- n) EPIDEMIAS E PANDEMIAS DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA, DENGUE, MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;
- o) CONDUÇÃO DE VEÍCULOS SEM A ADEQUADA HABILITAÇÃO;
- p) COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS;
- q) DE VIAGENS EM AERONAVES E EMBARCAÇÕES:
 - i. QUE NÃO POSSUAM AUTORIZAÇÃO DOS ÓRGÃOS COMPETENTES PARA VOO OU NAVEGAÇÃO, EM VIGOR;
 - ii. DIRIGIDOS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS;
 - iii. OFICIAIS OU MILITARES QUE NÃO SE DESTINEM AO TRANSPORTE DE PASSAGEIROS OU AUTORIDADES.
- r) DESCUMPRIMENTO DA LEGISLAÇÃO VIGENTE.
- s) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS POR ACIDENTE COBERTO, BEM COMO DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETO;
- t) INTERCORRÊNCIAS E COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS OU POR EQUIPAMENTOS, QUANDO TAIS PROCEDIMENTOS NÃO FOREM RESULTANTES DE ACIDENTES COBERTOS;
- u) ACIDENTES MÉDICOS.
- v) PERTURBAÇÕES MENTAIS, NERVOSAS E EMOCIONAIS; E
- w) ENVENENAMENTO POR ABSORÇÃO DE SUBSTÂNCIA TÓXICA, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES.

4.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO ITEM 4.1, 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;**
- a) **PERDA DE DENTES E DANOS ESTÉTICOS; E**
- b) **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.**

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. CARÊNCIA

- 6.1. **Haverá carência de 2 (dois) anos ininterruptos para a tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.**
- 6.2. O prazo de carência será contado a partir da data de início de vigência da cobertura ou do aumento do capital segurado, ou ainda, da sua recondução no caso de suspensão.
- 6.3. **Não haverá carência para os sinistros decorrentes de acidentes pessoais, ressalvada a hipótese prevista no item 6.1.**

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. **A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE SE FORMALIZARÁ ATRAVÉS DA ASSINATURA DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO PELO ESTIPULANTE E PELO CORRETOR, CONTENDO AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.**
- 7.2. Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente, pessoa física, que esteja, na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em perfeitas condições de saúde e **com idade compreendida entre 16 (dezesesseis) anos e 65 (sessenta e cinco) anos, 11 meses e 29 dias.**
- 7.3. **A ACEITAÇÃO DO SEGURO ESTARÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.**
- 7.4. **A contratação do seguro se formalizará através do preenchimento da proposta de adesão individual, devidamente assinada pelo proponente, seu representante legal e pelo corretor de seguros e da respectiva aceitação pela Seguradora, que tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo da proposta na Seguradora para aceitação ou recusa do risco.**
- 7.5. **O prazo de 15 (quinze) dias será suspenso, quando a seguradora verificar que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes e solicitar, por uma única vez, a apresentação de novos documentos ou de exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias voltará a correr à zero hora do dia seguinte em que ocorrer o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado.**
 - 7.5.1. **Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.**

- 7.6. A recusa do risco será comunicada pela Seguradora ao proponente por escrito, devidamente justificada.
- 7.7. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias 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 cobertura, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora terá o direito, a seu critério, de resolver o contrato ou a cobrar a diferença do prêmio, mesmo após o sinistro, observado o disposto no artigo 766 do Código Civil.
- 7.9. O pagamento antecipado do prêmio do seguro, total ou parcialmente, 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 O ITEM 7.12, SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE - ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.**
- 7.14. No caso de extinção do índice pactuado no item 7.13, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV (Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas) ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.
- 7.15. **ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 7.13, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,50% (MEIO POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA DEVOLUÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**
- 7.16. **É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO ATRAVÉS DE PROCURAÇÃO.**
- 7.17. A aceitação do seguro implicará na emissão, pela Seguradora, de Certificado Individual, que será entregue ao Segurado e conterá, no mínimo, a data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado, o prêmio total e os capitais segurados de cada cobertura contratada. Em caso de inexatidão das informações do Certificado Individual, o segurado deverá comunicar imediatamente

a Seguradora para a sua regularização. Caso seja comprovado que as informações inexatas do Certificado Individual são decorrentes das declarações do proponente, e não havendo a correção imediata das informações após o recebimento do certificado, o segurado poderá perder o direito à indenização.

8. BENEFICIÁRIOS

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

APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME A INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.

- 8.8. Não será admitida a indicação ou substituição de beneficiários por procuração.
- 8.9. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), o beneficiário será o próprio segurado.

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 data do acidente.**
- 9.3. O Segurado poderá solicitar o aumento do(s) capital(is) segurado(s) em qualquer época, 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 Atividade, iniciando-se novos períodos de carência, conforme prazos descritos no item 6 – CARÊNCIA, para o(s) valor(es) aumentado(s).**
- 9.4. Para o aumento do(s) capital(is) segurado(s), o segurado deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao pedido de aumento do(s) capital(is) segurado(s) e não preenchidas na nova Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, o pagamento da indenização será efetuado com base no(s) valor(es) anterior(es) ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios.
- 9.5. **A reintegração do capital segurado relativo à cobertura adicional de INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE é automática após cada acidente.**
- 9.6. Todos os valores são expressos em moeda corrente nacional.

10. CUSTEIO DO SEGURO

- 10.1. O custeio do prêmio do seguro será **CONTRIBUTÁRIO**, ou seja, o prêmio será integralmente pago pelo segurado.

11. REGIME FINANCEIRO

- 11.1. Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.
- 11.2. No Regime Financeiro de Repartição Simples, os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada segurado para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro.

12. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 12.1. O valor do prêmio inicial será determinado na contratação do seguro em função das coberturas e serviços de assistência contratados, do(s) respectivo(s) capital(is) segurado(s) e da periodicidade de pagamento do prêmio definidos na proposta de adesão.
- 12.2. **NA RENOVAÇÃO ANUAL DA COBERTURA INDIVIDUAL O VALOR DO PRÊMIO SERÁ REAJUSTADO EM FUNÇÃO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA PREVISTA NO ITEM 15.**
- 12.3. Para garantir o seu direito à cobertura, o segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio de seguro, conforme forma e periodicidade estipuladas, até a data de seu vencimento.
- 12.4. A forma de pagamento do seguro poderá ser por débito em conta corrente nos bancos credenciados da seguradora, ficha de compensação ou carnê a favor de terceiros, conforme determinado na Proposta de Adesão ou solicitado pelo segurado, mediante contato com a Central de Atendimento e, quando se tratar de opção por débito em conta corrente, mediante preenchimento de autorização, devidamente assinada.
- 12.5. Quando o segurado optar pelo pagamento em débito em conta corrente, a suspensão de autorização de débito caracterizará a inadimplência do segurado, sendo aplicado o disposto nos itens 16 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 17 – 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. As opções de periodicidade serão determinadas no Contrato e constará na Proposta de Adesão.**
- 12.7. **Fica facultado à Seguradora, mediante comunicação prévia ao Segurado, alterar a periodicidade de pagamento indicada na proposta de adesão, caso o prêmio não atinja o valor mínimo estabelecido para o plano de seguro.**
- 12.8. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o segurado poderá efetuar o pagamento do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas, e sem acréscimo de valor.
- 12.9. **Em caso de atraso no pagamento do prêmio será observado o disposto nos itens 16 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO e 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL.**
- 12.10. **Caso o sinistro ocorra dentro do prazo de tolerância para pagamento do prêmio, conforme descrito no item 16 – INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado se for realizado ainda naquele prazo.**
- 12.11. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação de taxas do seguro, conforme previsto no item 13 – 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 16, 17, 18, 19 E 20.**
- 12.13. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio serão pagos por quem a legislação determinar, não podendo haver estipulação expressa.

13. REAVALIAÇÃO DE TAXAS

- 13.1. Na ocasião da renovação da apólice, a seguradora reavaliará as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias, conforme legislação vigente.
- 13.2. As alterações de taxas de seguro utilizadas para cálculo do prêmio que implicarem em ônus para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

14. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 14.1. O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que seja aceita pela Seguradora e tenha sido paga o prêmio antecipado do seguro.
- 14.2. O prazo de vigência da cobertura individual é de 1 (um) ano, desde que não ultrapasse o final de vigência da apólice coletiva, podendo ser renovada automaticamente uma única vez, por igual período. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa, por solicitação escrita, até o vencimento do respectivo certificado, respeitadas as cláusulas 17 – TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL, 19 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.
- 14.3. A cobertura individual terá vigência pelo período em que a apólice coletiva estiver em vigor, ou seja, até o término de sua vigência, caso esta não seja renovada, respeitado a vigência dos prêmios pagos e o previsto nestas Condições Gerais.
- 14.4. O certificado individual e seus endossos terão início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
- 14.5. Em cada uma das renovações da cobertura individual será emitido novo certificado individual ao segurado.

15. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 15.1. OS CAPITAIS SEGURADOS E OS PRÊMIOS DE CADA SEGURADO SERÃO ATUALIZADOS ANUALMENTE, COM BASE NA VARIAÇÃO DO IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO DA FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, ACUMULADO DOS ÚLTIMOS 12 (DOZE) MESES ATÉ O 2º (SEGUNDO) MÊS ANTERIOR AO ANIVERSÁRIO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL.
- 15.2. 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.

16. INADIMPLÊNCIA, PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO

- 16.1. EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DA 1ª PARCELA DO PRÊMIO NA CONTRATAÇÃO ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO NÃO ESTARÁ CARACTERIZADA A EFETIVAÇÃO DA CONTRAÇÃO DO SEGURO.
- 16.2. 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.

16.3. PARA OS CASOS DE OPÇÃO POR PAGAMENTO DE PRÊMIO ANUAL À VISTA MENSAL, TRIMESTRAL OU SEMESTRAL:

16.3.1. DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA, DESCRITO NO ITEM 16.2, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS DURANTE A INADIMPLÊNCIA, MAS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO FICARÁ CONDICIONADO AO RECEBIMENTO DO(S) PRÊMIO(S) DEVIDO(S), COM OS ENCARGOS PREVISTOS NOS ITENS 16.7, 16.8 E 16.9.

16.3.2. APÓS O TÉRMINO DO PRAZO DE TOLERÂNCIA, MENCIONADO NO ITEM 16.2, SEM QUE TENHA HAVIDO O PAGAMENTO DO(S) PRÊMIO(S) EM ATRASO SEGURO SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO.

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

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

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

16.4.3. CASO NÃO HAJA PAGAMENTO DO PRÊMIO DURANTE O PRAZO DE TOLERÂNCIA DESCRITO NO ITEM 16.2, O SEGURO ESTARÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADO, RESPEITANDO-SE A VIGÊNCIA AJUSTADA, CONFORME DESCRITO NO ITEM 16.4.1.

16.5. 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.

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

16.7. 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.

16.8. NO CASO DE EXTINÇÃO DO ÍNDICE PACTUADO NO ITEM 16.7, O ÍNDICE A SER UTILIZADO SERÁ O IGP-M/FGV (ÍNDICE GERAL DE PREÇOS DE MERCADO DA FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS) OU OUTRO ÍNDICE ADMITIDO OFICIALMENTE QUE VENHA A SUBSTITUÍ-LO.

16.9. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 16.7, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE, DE 0,50% (MEIO POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA TEMPORIS”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

17. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

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

18. PERDA DE DIREITOS

- 18.1. A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ O PRÊMIO DO SEGURO E TERÁ AINDA O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, SE O SEGURADO AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO, OU CASO O ESTIPULANTE, O SEGURADO, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU CORRETOR OU SEU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS):**
- A) FIZER(EM) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO. NESTE CASO, O SEGURADO TAMBÉM FICARÁ OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO.
 - B) FALTAR COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTE SEGURO;
 - C) NO CASO DE FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULAR ACIDENTE OU AGRAVAR AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.
- 18.2. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO ESTIPULANTE, DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, A SEGURADORA PODERÁ:**
- I. NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:

-
- 18.2.1. CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU**
- 18.2.2. MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.**
- II. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:**
- 18.2.3. CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU**
- 18.2.4. MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU DEDUZINDO-A DO VALOR A SER PAGO AO SEGURADO OU AO BENEFICIÁRIO OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.**
- III. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO, CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, MEDIANTE A COBRANÇA DA DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.**
- 18.3. O SEGURADO É OBRIGADO A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À COBERTURA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME ARTIGO 769 DO CÓDIGO CIVIL.**
- 18.4. COMUNICADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, A SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO.**
- 18.5. 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.**
- 18.6. 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.**

19. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

- 19.1. A apólice de seguro tem vigência de 1 (um) ano, com renovação automática, por uma única vez, por igual período.**
- 19.1.1. A apólice poderá não ser renovada por expressa desistência do Estipulante ou da Seguradora, até 60 (sessenta) dias antes do seu término de vigência, e desde que haja comunicação prévia de igual período ao Segurado.**
- 19.2. 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.**

- 19.3.** Caso haja, na renovação, qualquer alteração na apólice, que implique ônus, deveres adicionais aos segurados ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do Estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo.
- 19.4.** 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.

20. CANCELAMENTO DA APÓLICE

- 20.1. CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NO ITEM 22 – 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 AOS SEGURADOS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.**
- 20.2. ESTE SEGURO SÓ PODERÁ SER RESCINDIDO, DURANTE A VIGÊNCIA DA APÓLICE COLETIVA, MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES CONTRATANTES, DEVENDO HAVER ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO.**
- 20.3. ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS NOS TERMOS DA APÓLICE.**
- 20.4. A SEGURADORA NÃO PODERÁ CANCELAR A APÓLICE COLETIVA DURANTE O PRAZO DE VIGÊNCIA SOB A ALEGAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA NATUREZA DOS RISCOS.**

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 21.1. 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.**
- 21.2. Para o processo de regulação de sinistro deverão ser apresentados os documentos relacionados a seguir:**
- 21.2.1. Documentação para qualquer evento:**
- Formulário "aviso de sinistro" assinado pelo solicitante;
 - Cópia do RG e CPF do segurado;
 - Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante);
- 21.2.2. Para o evento de **Morte Acidental**, além dos documentos descritos no item 21.2.1, deverão ser apresentados também os seguintes documentos:**
- Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
 - Cópia do Laudo de Necropsia;
 - Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), **se cabível**;
 - Cópia do Brevê de Piloto, **em caso de acidente aeronáutico e se o segurado for o piloto**;

- e) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), **se acidente automobilístico e o segurado for o condutor**;
- f) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
- g) Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado);
- 21.2.3. O(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado, além dos documentos descritos nos itens 21.2.1 e 21.2.2, deverá(ão) 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)
- 21.2.4. Na falta de beneficiários indicados pelo segurado, o(s) beneficiário(s) legal(is), além dos documentos descritos nos itens 21.2.1 e 21.2.2, deverá(ão) apresentar também os documentos descritos no item 21.2.3 e:**
- a) Certidão de Casamento extraída no cartório após o óbito do segurado, **necessária somente** caso o estado civil do segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo;
- b) Declaração que comprove união estável firmada em cartório ou emitida por órgão previdenciário, **necessária somente** caso exista companheira(o);
- c) Declaração do(s) herdeiro(s) legal(is) com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado, contendo o nome completo e suas respectivas datas de nascimento;
- d) Cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o cônjuge/companheiro(a) seja dependente do segurado(a).
- 21.2.5. Para o evento de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, além dos documentos descritos no item 21.2.1 e na letra c) até g) do item 21.2.2 deverão ser apresentados também:**
- a) Formulário de Autorização de Pesquisa Médica, assinado pelo segurado ou seu representante legal, quando for o caso;
- b) No lugar do Boletim de Ocorrência, citado no subitem na letra c) do item 21.2.2, poderá ser apresentada a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), **se cabível**;
- c) Exame de Corpo Delito, **quando indicado**;
- d) Relatório médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida em cartório;
- e) Cópia da carta de concessão de aposentadoria, em caso de Invalidez Permanente **Total** por Acidente (**se houver**);

- f) Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroencefalografia);
- g) **No caso de alienação mental, total e incurável:** além da comprovação médica, será necessária também a Certidão de Interdição Judicial definitiva.

- 21.3. **A SEGURADORA SE RESERVA AO DIREITO DE SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO, PARA CONFIRMAR O GRAU OU PERMANÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE E SUA RESPECTIVA PORCENTAGEM.**
- 21.4. **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.**
- 21.5. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado ou de estado terminal, a Seguradora poderá propor ao segurado a constituição de junta médica, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação.
- 21.6. A junta médica de que trata o item 21.5, será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela Seguradora.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.
- 21.7. **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.**
- 21.8. **A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMAS DAS COBERTURAS CONTRATADAS.**
- 21.9. **O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CONTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA A CURA COMPLETA.**
- 21.10. 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.
- 21.11. **AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO, DO(S) BENEFICIÁRIO(S) OU REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.**
- 21.12. **O Segurado, ao contratar o seguro, autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, a empreender visita hospitalar ou domiciliar e a requerer e proceder a exames físicos e complementares.** Os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado por meio de seu médico assistente.

- 21.13.** 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 21.2.
- 21.14.** A Seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos além dos mencionados no item 21.2, mediante dúvida fundada e justificável. Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 21.13, voltando a correr, a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.
- 21.15. 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.**
- 21.16. 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.**
- 21.16.1. 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 15 até o último índice publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.**
- 21.17.** No caso de extinção do índice pactuado no item 21.16, 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.
- 21.18. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 21.16, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA PELO IPCA/IBGE, DE 0,50% (MEIO POR CENTO) AO MÊS “PRO-RATA-TEMPORE”, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.**
- 21.19.** O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-à independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.
- 21.20.** A indenização de qualquer uma das coberturas contratadas será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.
- 21.21.** Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.
- 21.22.** As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

22. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

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

- 22.2. PARA OS SEGURADOS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, TRÊS QUARTOS DO GRUPO.**
- 22.3.** Caso o Estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, ao longo de sua vigência, deverá apresentar à Seguradora a proposta de alteração, fazendo-a acompanhar de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 22.3.1.** A alteração só será válida e eficaz se a Seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo Endosso.
- 22.3.2.** No caso de aceitar a proposta, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo Endosso.
- 22.3.3.** 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.
- 22.3.4.** 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.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1. SÃO OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

- a) **FORNECER À SEGURADORA TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO, PREVIAMENTE ESTABELECIDAS POR AQUELA, INCLUINDO DADOS CADASTRAIS;**
- b) **MANTER A SEGURADORA INFORMADA A RESPEITO DOS DADOS CADASTRAIS DOS SEGURADOS, ALTERAÇÕES NA NATUREZA DO RISCO COBERTO, BEM COMO QUAISQUER EVENTOS QUE POSSAM, NO FUTURO, RESULTAR EM SINISTRO, DE ACORDO COM O DEFINIDO CONTRATUALMENTE;**
- c) **FORNECER AO SEGURADO, SEMPRE QUE SOLICITADO, QUAISQUER INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CONTRATO DE SEGURO;**
- d) **DISCRIMINAR O VALOR DO PRÊMIO DE SEGURO NO INSTRUMENTO DE COBRANÇA, NA FORMA ESTABELECIDADA;**
- e) **REPASSAR OS PRÊMIOS DE SEGURO À SEGURADORA, NOS PRAZOS ESTABELECIDOS CONTRATUALMENTE, QUANDO COUBER;**
- f) **REPASSAR AOS SEGURADOS TODAS AS COMUNICAÇÕES OU AVISOS INERENTES À APÓLICE, QUANDO FOR DIRETAMENTE RESPONSÁVEL PELA SUA ADMINISTRAÇÃO;**
- g) **DISCRIMINAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO RISCO, NOS DOCUMENTOS E COMUNICAÇÕES REFERENTES AO SEGURO EMITIDOS PARA O SEGURADO;**
- h) **COMUNICAR, DE IMEDIATO, À SEGURADORA, A OCORRÊNCIA DE QUALQUER SINISTRO OU EXPECTATIVA DE SINISTRO REFERENTE AO GRUPO QUE REPRESENTA, ASSIM QUE DELES**

TIVER CONHECIMENTO, QUANDO ESTA COMUNICAÇÃO ESTIVER SOB SUA RESPONSABILIDADE;

- i) DAR CIÊNCIA AOS SEGURADOS DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS ESTIPULADOS PARA A LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS;
- j) COMUNICAR, DE IMEDIATO, A SUSEP, QUAISQUER PROCEDIMENTOS QUE CONSIDERAREM IRREGULARES QUANTO AO SEGURO CONTRATADO;
- k) FORNECER A SUSEP QUAISQUER INFORMAÇÕES SOLICITADAS, DENTRO DO PRAZO POR ELA ESTABELECIDO;
- l) INFORMAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SEGURADORA, BEM COMO O PERCENTUAL DE PARTICIPAÇÃO NO RISCO, NO CASO DE COSSEGURO, EM QUALQUER MATERIAL DE PROMOÇÃO OU PROPAGANDA DO SEGURO, EM CARACTERE TIPOGRÁFICO MAIOR OU IGUAL AO DO ESTIPULANTE; E
- m) CUMPRIR TODAS AS CLÁUSULAS DAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

23.2. É VEDADO AO ESTIPULANTE:

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

24. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

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

25. PRESCRIÇÃO

- 25.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

26. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- 26.1. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 26.2. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

-
- 26.3.** Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.
- 26.4.** As condições contratuais deste produto protocoladas pela Seguradora na SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da proposta de adesão.

27. FORO

- 27.1.** Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.
- 27.2.** Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Esta garantia, se contratada, mediante o pagamento de prêmio específico, tem por objetivo o pagamento de indenização ao próprio segurado, observadas as condições contratuais em vigor na data de ocorrência do evento, **desde que não se trata de risco expressamente excluído.**

2. COBERTURAS DO SEGURO

- 2.1. **Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPA Majorada):** Garante, mediante pagamento de prêmio específico, a elevação do percentual da indenização para 100% (cem por cento), quando caracterizada a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal coberto para os membros ou órgãos descritos a seguir, observadas as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos:
- a) Perda total do uso de um dos dedos indicadores..... de 15% para 100%
 - b) Perda total do uso de um dos polegares..... de 18% para 100%
 - c) Perda total da visão de um olho..... de 30% para 100%
 - d) Perda total do uso de uma das mãos..... de 60% para 100%
- 2.1.1. **A garantia de IPA Majorada somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), descrita nas Condições Gerais.**
- 2.1.2. No caso de lesões múltiplas previstas ou não nesta cláusula, a indenização não poderá ultrapassar 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura de Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPA Majorada), constante no certificado individual vigente.
- 2.1.3. A cobertura de IPA Majorada somente poderá ser contratada por proponentes que sejam médicos, dentistas, advogados, músicos, artistas plásticos, escritores, fisioterapeutas, arquitetos, desenhistas técnicos e comerciais, engenheiros. No caso de não comprovação do exercício de tais profissões esta cobertura será considerada sem efeito, prevalecendo os percentuais originais da Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, descrita do item 3.2.3 das Condições Gerais.
- 2.1.4. **Caso seja devido o pagamento da cobertura de IPA Majorada, a indenização desta cobertura será acumulada à Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).**
- 2.1.5. **A garantia de Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPA Majorada) não é extensiva aos Segurados Dependentes.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA GARANTIA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL TODOS OS RISCOS CONSTANTES NO ITEM 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS.**

4. BENEFICIÁRIOS

- 4.1. O beneficiário será o próprio segurado.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado da garantia de Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPA Majorada) corresponderá a 100% do capital da garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), **devendo ser observado o disposto no item 2.1.4 destas Condições Especiais.**

6. INÍCIO DA COBERTURA

- 6.1. A cobertura de Invalidez Permanente por Acidente Majorada (IPA Majorada) começará a vigorar a partir da data de aceitação do seguro ou do endosso de inclusão da cobertura, conforme as condições contratuais do Seguro.

7. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

7.1. A cobertura do segurado cessa:

- a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento, não renovação do seguro ou de término da cobertura do seguro;
- b) Quando for cancelada a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- c) Quando for cancelada, a pedido do segurado, esta garantia adicional de **INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE MAJORADA (IPA Majorada).**

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 8.1. Ocorrendo a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente prevista nestas Condições Especiais, 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.
- 8.2. A regulação do sinistro se dará conforme definido para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente descrito no item 21 das Condições Gerais.
- 8.3. O pagamento da indenização acarretará a extinção do seguro.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1. Aplicam-se a esta cláusula adicional todos os termos e disposições contidas nas condições gerais que não contrariem os dispositivos expressos nesta Condição Especial.

10. OBJETIVO DO SEGURO

- 10.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio específico, tem por objetivo garantir o reembolso de serviços funerários ou a prestação do serviço, observadas as condições contratuais em vigor na data de ocorrência do evento e os riscos expressamente excluídos.

11. COBERTURADO SEGURO

- 11.1. **Decessos:** Garante a prestação do serviço ou o reembolso dos gastos com o sepultamento ou a cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado), **até o limite do**

capital segurado para esta cobertura, constante no certificado individual, em caso de falecimento do segurado, observados os riscos expressamente excluídos.

11.1.1. Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com uma das coberturas previstas nas Condições Gerais.

11.1.2. Os serviços especificados a seguir poderão ser contratados nos padrões Individual ou Familiar.

a) Individual: Fica coberto somente o segurado titular.

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

11.1.3. O beneficiário poderá optar pelo reembolso ou pela prestação do serviço de sepultamento e/ou cremação do segurado, por meio de rede credenciada à Seguradora, respeitado os limites e critérios estabelecidos no certificado individual.

11.1.4. Caso o beneficiário opte pelo reembolso:

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

b) O reembolso dos gastos suportados será efetuado até o limite do capital segurado contratado e mediante comprovação por notas fiscais originais ou cópia autenticada, sem rasuras.

11.1.5. Caso o beneficiário opte pela prestação de serviços:

a) Não caberá qualquer tipo de reembolso.

b) A Seguradora providenciará os serviços funerários e os custos serão pagos diretamente à funerária do município, limitados ao capital segurado contratado.

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

d) A Seguradora deverá ser comunicada do óbito por telefone para solicitação dos serviços funerários e de assistência. A Seguradora enviará um representante que:

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

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

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

iii. Retornará ao local de origem, entregando a documentação à família, informando as providências adotadas.

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

i. Irá se dirigir à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento à funerária do município. **Neste caso, as despesas com traslado 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 a documentação à família, informando as providências adotadas.
- d.3) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual do segurado no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil:**
- i. Tomará todas as providências, inclusive arcará com o custeio do traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de moradia habitual do segurado, onde será prestado também o serviço de sepultamento.
- d.4) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual do segurado no Brasil e sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:**
- i. Prestará o serviço no local do óbito, preparando 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 a sua moradia habitual do segurado no Brasil.
- e) Em caso de **morte violenta** (entende-se por “morte violenta”, aquela que não é motivada por doença, mas causada por desastre, suicídio ou homicídio), a família deverá acompanhar o representante da Seguradora ao Instituto Médico Legal (IML) para liberação do corpo.
- f) O valor total da prestação de serviço será limitado ao valor do capital segurado contratado para a cobertura de Decessos.**
- g) A prestação do serviço não caracteriza reconhecimento do direito às demais coberturas contratadas pelo segurado. O direito às coberturas previstas no seguro se dará conforme as condições contratuais.
- 11.1.6. Se, em caso de força maior ou de circunstâncias alheias à Seguradora, for impossível a prestação do serviço de sepultamento ou cremação, a Seguradora ficará obrigada ao reembolso da cobertura.**
- 11.1.7.** A família deverá fornecer à Seguradora ou lhe facilitar o acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias do sinistro. O não cumprimento desta obrigação dará lugar à perda de direito à cobertura no caso de culpa grave do segurado.
- 11.1.8.** Entende-se por “serviço de sepultamento ou cremação” a cobertura das despesas do funeral, conforme os itens abaixo relacionados:
- Urna/caixão;
 - Carro para enterro (no município de moradia habitual);
 - Carreto/caixão (no município de moradia habitual);
 - Serviço assistencial;
 - Registro de óbito;
 - Taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
 - Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual);
 - Remoção do corpo/traslado (no município de moradia habitual);
 - Repatriamento (até o município de moradia habitual);
 - Paramentos (essa);
 - Mesa de condolências;
 - Velas;
 - Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
 - Véu; e
 - Um enfeite e uma coroa.

- 11.1.9. Todos os itens descritos no item anterior serão disponibilizados conforme infraestrutura local. Não caberá a Seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou não sejam comercializados em determinadas praças.**
- 11.1.10. Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente. A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAREM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO ESSES DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.**
- 11.1.11. Cremação:** Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade para o município de moradia habitual no Brasil para realização da cremação, **desde que o município de moradia habitual do segurado possua este serviço.**
- 11.1.12. Sepultamento:** Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada por esta.
- 11.1.12.1.** Não havendo jazigo da família será alugado jazigo pelo o período de até 3 (três) anos em cemitério público, conforme legislação local. E quando não for possível o aluguel em cemitério público, será alugado em cemitério particular, no qual exista acordo com prefeitura local, respeitado o valor do capital segurado contratado.
- 11.1.13. Traslado:** traslado do local onde ocorreu o óbito até o local de moradia habitual do segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.
- a) O traslado do corpo para a realização do funeral ou cremação em outro município será realizado até o limite de Capital Segurado contratado. Caso o beneficiário tenha optado pela prestação do serviço, em vez do reembolso das despesas, o traslado será realizado até o município desejado, **desde que não ultrapasse a distância entre o município onde ocorreu o óbito e o município de moradia habitual do segurado.**
- b) Caso a família opte pela realização do funeral ou cremação fora do limite descrito no item a, **deverá assumir integralmente a responsabilidade pela diferença do pagamento das despesas.**
- c) **A SEGURADORA FICARÁ ISENTA DA RESPONSABILIDADE DE PRESTAR O SERVIÇO, CASO HAJA RECUSA DA FAMÍLIA EM EFETUAR O PAGAMENTO DO(S) VALOR(ES) EXCEDENTE(S).**
- 11.1.14. Transmissão de Mensagens Urgentes:** Na ocorrência do óbito, de acordo com os eventos previstos, a Seguradora poderá, mediante solicitação do interessado, transmitir para a família do segurado ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes, **predefinidas pelo interessado, sobre o acontecimento.**

12. RISCOS EXCLUÍDOS

- 12.1. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS ITEM 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, 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 OS SEGURADOS QUE TENHAM MORADIA HABITUAL EM MUNICÍPIOS QUE NÃO DISPONHAM DESSE SERVIÇO;**
- c) **SEPULTAMENTO DE MEMBROS;**
- d) **DESPESAS COM COMPRA DE JAZIGO;**
- e) **DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA.**

13. BENEFICIÁRIOS

- 13.1. Para a cobertura de Decessos o beneficiário será o responsável pelo acionamento da prestação de serviços ou aquele que comprovar o pagamento das despesas efetuadas com o serviço de sepultamento ou cremação.

14. CAPITAL SEGURADO

- 14.1. O Capital Segurado da cobertura de Decessos corresponderá ao valor contratado e constante no certificado individual.

15. INÍCIO DA COBERTURA

- 15.1. A cobertura de Decessos começará a vigorar a partir da data de aceitação do seguro ou do endosso de inclusão da cobertura, conforme as condições contratuais do Seguro.

16. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 16.1. A cobertura do segurado cessa:
- a) **Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento, não renovação do seguro ou de término da cobertura do seguro;**
 - b) **Quando for cancelada esta cobertura adicional de DECESSOS a pedido do segurado.**

17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 17.1. **Ocorrendo a Morte do segurado, 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 indicados abaixo.**
- 17.2. **A regulação do sinistro se dará conforme definido no item 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO, das Condições Gerais do Seguro.**
- 17.3. Para o pedido de **reembolso de despesas** da cobertura de **Decessos**, além dos documentos descritos no item 21.2.1 e 21.2.1 das **Condições Gerais**, 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) Cópia autenticada das Notas fiscais e recibos das despesas com o funeral.
- 17.4. **O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do capital segurado contratado para a cobertura de Decessos, vigente na data do evento.**

-
- 17.5. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizando monetariamente, nos termos do item, 15 das Condições Gerais do Seguro.**

18. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 18.1. Aplicam-se a esta cláusula adicional todos os termos e disposições contidas nas condições gerais que não contrariem os dispositivos expressos nesta Condição Especial.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio específico, tem por objetivo garantir o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, em **decorrência de acidente pessoal coberto**, observadas as condições contratuais em vigor na data de ocorrência do evento e **os riscos expressamente excluídos**.

2. COBERTURAS DO SEGURO

- 2.1. **Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO):** É a cobertura do reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas para o tratamento do segurado, em **decorrência de acidente pessoal coberto**, até o limite do capital segurado desta cobertura, necessárias para seu restabelecimento, com acompanhamento médico, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias, contados a partir da data do acidente, **observados os riscos expressamente excluídos**.
- 2.1.1. **A cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas somente poderá ser contratada em conjunto com as coberturas de Morte Acidental (MA) ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), descritas nas Condições Gerais.**
- 2.1.2. Os prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos serão escolhidos pelo segurado, **desde que legalmente habilitados**.
- 2.1.3. A comprovação das despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.
- 2.1.4. **A cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) não é extensiva aos Segurados Dependentes.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NO ITEM 4 DAS CONDIÇÕES GERAIS ESTARÃO TAMBÉM EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO):**
- q) **ESTADO DE CONVALESCENÇA (APÓS ALTA MÉDICA);**
 - r) **DESPESAS DE ACOMPANHANTES;**
 - s) **APARELHOS QUE SE REFEREM A ÓRTESE DE QUALQUER NATUREZA E PRÓTESE DE CARÁTER PERMANENTE, SALVO AS PRÓTESES PELA PERDA DE DENTES NATURAIS.**

4. BENEFICIÁRIOS

- 4.1. O beneficiário será o próprio segurado.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) corresponderá a um percentual do capital segurado da cobertura de Morte Acidental (MA) ou, quando esta não tiver sido contratada, será estabelecido com base cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

- 5.2. O percentual limite a que se refere o item anterior será definido no Contrato e o valor da cobertura constará no certificado individual.
- 5.3. A reintegração do capital segurado da cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) é automática após cada acidente.

6. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 6.1. **O SEGURADO DEVERÁ CONTINUAR PAGANDO O VALOR INTEGRAL DO PRÊMIO DE SEGURO, INDEPENDENTE DE QUALQUER INDENIZAÇÃO QUE TENHA SIDO EFETUADA REFERENTE À COBERTURA DESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS.**

7. INÍCIO DA COBERTURA

- 7.1. A cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) começará a vigorar a partir da data de aceitação do seguro ou do endosso de inclusão da cobertura, conforme as condições contratuais do Seguro.

8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 8.1. **A cobertura do segurado cessa:**
- Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento, não renovação do seguro ou de término da cobertura do seguro;**
 - Quando for cancelada, a pedido do segurado, esta cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO).**

9. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS

- 9.1. Se o Segurado possuir outro(s) Seguro(s) que lhe garanta(m) o reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), o reembolso por este seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados, proporcionalmente aos limites segurados em todas as Apólices em vigor, nesta ou em outras Seguradoras, na data da ocorrência do sinistro.

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 10.1. **Ocorrendo o acidente pessoal coberto, o Segurado 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.**
- 10.2. **A regulação do sinistro se dará mediante a apresentação dos documentos relacionados no item 21.2.1 e letras c) até g) do item 21.2.2 das Condições Gerais e também com a apresentação dos seguintes documentos:**
- Relatório médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro.**
 - Notas Fiscais (com comprovante de recebimento) / Faturas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, comprovando os gastos reclamados.**
 - Recibos de médicos devidamente habilitados e/ou contas hospitalares (com comprovante de recebimento), sempre originais.**

-
- d) Relatório Médico / Boletim de Atendimento (BAM), informando as circunstâncias e consequências do acidente.
- 10.3. **O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do capital segurado vigente na data do evento.**
- 10.4. **O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizando monetariamente, nos termos do item 15 das Condições Gerais do Seguro.**

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1. Aplicam-se a esta cláusula adicional todos os termos e disposições contidas nas condições gerais que não contrariem os dispositivos expressos nesta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE DECESSOS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio específico, tem por objetivo garantir o reembolso de serviços funerários ou a prestação do serviço, observadas as condições contratuais em vigor na data de ocorrência do evento e **os riscos expressamente excluídos.**

2. COBERTURADO SEGURO

- 2.1. **Decessos:** Garante a prestação do serviço ou o reembolso dos gastos com o sepultamento ou a cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado), **até o limite do capital segurado para esta cobertura**, constante no certificado individual, **em caso de falecimento do segurado, observados os riscos expressamente excluídos.**

2.1.1. **Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com uma das coberturas previstas nas Condições Gerais.**

2.1.2. Os serviços especificados a seguir poderão ser contratados nos padrões Individual ou Familiar.

a) **Individual:** Fica coberto somente o segurado titular.

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

2.1.3. O beneficiário poderá optar pelo reembolso **OU** pela prestação do serviço de sepultamento e/ou cremação do segurado, por meio de rede credenciada à Seguradora, respeitado os limites e critérios estabelecidos no certificado individual.

2.1.4. **Caso o beneficiário opte pelo reembolso:**

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

b) O reembolso dos gastos suportados será efetuado até o limite do capital segurado contratado e **mediante comprovação por notas fiscais originais ou cópia autenticada, sem rasuras.**

2.1.5. **Caso o beneficiário opte pela prestação de serviços:**

a) Não caberá qualquer tipo de reembolso.

b) A Seguradora providenciará os serviços funerários e os custos serão pagos diretamente à funerária do município, limitados ao capital segurado contratado.

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

d) A Seguradora deverá ser comunicada do óbito por telefone para solicitação dos serviços funerários e de assistência. A Seguradora enviará um representante que:

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

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

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

- iii. Retornará ao local de origem, entregando a documentação à família, informando as providências adotadas.
- d.2) Em caso de falecimento no município de moradia habitual do segurado no Brasil com sepultamento fora de moradia habitual no Brasil:**
- i. Irá se dirigir à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento à funerária do município. **Neste caso, as despesas com traslado 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 a documentação à família, informando as providências adotadas.
- d.3) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual do segurado no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil:**
- i. Tomará todas as providências, inclusive arcará com o custeio do traslado do corpo do local do óbito até o local do sepultamento no município de moradia habitual do segurado, onde será prestado também o serviço de sepultamento.
- d.4) Em caso de falecimento fora do município de moradia habitual do segurado no Brasil e sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:**
- i. Prestará o serviço no local do óbito, preparando 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 a sua moradia habitual do segurado no Brasil.
- e) Em caso de morte violenta** (entende-se por “morte violenta”, aquela que não é motivada por doença, mas causada por desastre, suicídio ou homicídio), a família deverá acompanhar o representante da Seguradora ao Instituto Médico Legal (IML) para liberação do corpo.
- f) O valor total da prestação de serviço será limitado ao valor do capital segurado contratado para a cobertura de Decessos.**
- g) A prestação do serviço não caracteriza reconhecimento do direito às demais coberturas contratadas pelo segurado. O direito às coberturas previstas no seguro se dará conforme as condições contratuais.**
- 2.1.6. Se, em caso de força maior ou de circunstâncias alheias à Seguradora, for impossível a prestação do serviço de sepultamento ou cremação, a Seguradora ficará obrigada ao reembolso da cobertura.**
- 2.1.7.** A família deverá fornecer à Seguradora ou lhe facilitar o acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias do sinistro. O não cumprimento desta obrigação dará lugar à perda de direito à cobertura no caso de culpa grave do segurado.
- 2.1.8.** Entende-se por “serviço de sepultamento ou cremação” a cobertura das despesas do funeral, conforme os itens abaixo relacionados:
- Urna/caixão;
 - Carro para enterro (no município de moradia habitual);
 - Carreto/caixão (no município de moradia habitual);
 - Serviço assistencial;
 - Registro de óbito;

- Taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
 - Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual);
 - Remoção do corpo/traslado (no município de moradia habitual);
 - Repatriamento (até o município de moradia habitual);
 - Paramentos (essa);
 - Mesa de condolências;
 - Velas;
 - Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
 - Véu; e
 - Um enfeite e uma coroa.
- 2.1.9. Todos os itens descritos no item anterior serão disponibilizados conforme infraestrutura local. Não caberá a Seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou não sejam comercializados em determinadas praças.**
- 2.1.10.** Nas situações nas quais os valores dos itens forem regulamentados pela legislação municipal e houver necessidade de urnas especiais (gorda, zincada) e/ou preparação do corpo para o velório em razão da data do óbito, o capital segurado contratado poderá ser insuficiente. **A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA PELOS VALORES QUE ULTRAPASSAREM O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO ESSES DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.**
- 2.1.11. Cremação:** Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade para o município de moradia habitual no Brasil para realização da cremação, **desde que o município de moradia habitual do segurado possua este serviço.**
- 2.1.12. Sepultamento:** Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade indicada por esta.
- 2.1.12.1.** Não havendo jazigo da família será alugado jazigo pelo o período de até 3 (três) anos em cemitério público, conforme legislação local. E quando não for possível o aluguel em cemitério público, será alugado em cemitério particular, no qual exista acordo com prefeitura local, respeitado o valor do capital segurado contratado.
- 2.1.13. Traslado:** traslado do local onde ocorreu o óbito até o local de moradia habitual do segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.
- a) O traslado do corpo para a realização do funeral ou cremação em outro município será realizado até o limite de Capital Segurado contratado. Caso o beneficiário tenha optado pela prestação do serviço, em vez do reembolso das despesas, o traslado será realizado até o município desejado, **desde que não ultrapasse a distância entre o município onde ocorreu o óbito e o município de moradia habitual do segurado.**
 - b) Caso a família opte pela realização do funeral ou cremação fora do limite descrito no item a, **deverá assumir integralmente a responsabilidade pela diferença do pagamento das despesas.**
 - c) **A SEGURADORA FICARÁ ISENTA DA RESPONSABILIDADE DE PRESTAR O SERVIÇO, CASO HAJA RECUSA DA FAMÍLIA EM EFETUAR O PAGAMENTO DO(S) VALOR(ES) EXCEDENTE(S).**
- 2.1.14. Transmissão de Mensagens Urgentes:** Na ocorrência do óbito, de acordo com os eventos previstos, a Seguradora poderá, mediante solicitação do interessado, transmitir para a família

do segurado ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes, predefinidas pelo interessado, sobre o acontecimento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS ITEM 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, 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 OS SEGURADOS QUE TENHAM MORADIA HABITUAL EM MUNICÍPIOS QUE NÃO DISPONHAM DESSE SERVIÇO;
- c) SEPULTAMENTO DE MEMBROS;
- d) DESPESAS COM COMPRA DE JAZIGO;
- e) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1. Para a cobertura de Decessos o beneficiário será o responsável pelo acionamento da prestação de serviços ou aquele que comprovar o pagamento das despesas efetuadas com o serviço de sepultamento ou cremação.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado da cobertura de Decessos corresponderá ao valor contratado e constante no certificado individual.

6. INÍCIO DA COBERTURA

6.1. A cobertura de Decessos começará a vigorar a partir da data de aceitação do seguro ou do endosso de inclusão da cobertura, conforme as condições contratuais do Seguro.

7. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

7.1. A cobertura do segurado cessa:

- a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento, não renovação do seguro ou de término da cobertura do seguro;
- b) Quando for cancelada esta cobertura adicional de DECESSOS a pedido do segurado.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

8.1. Ocorrendo a Morte do segurado, 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 indicados abaixo.

-
- 8.2. A regulação do sinistro se dará conforme definido no item 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO, das Condições Gerais do Seguro.**
- 8.3. Para o pedido de reembolso de despesas da cobertura de Decessos, além dos documentos descritos no item 21.2.1 e 21.2.2 das Condições Gerais, 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) Cópia autenticada das Notas fiscais e recibos das despesas com o funeral.
- 8.4. O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do capital segurado contratado para a cobertura de Decessos, vigente na data do evento.**
- 8.5. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizando monetariamente, nos termos do item 15 das Condições Gerais do Seguro.**

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1. Aplicam-se a esta cláusula adicional todos os termos e disposições contidas nas condições gerais que não contrariem os dispositivos expressos nesta Condição Especial.**

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE AQUISIÇÃO DE JAZIGO

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio específico, tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado ao(s) beneficiário(s) para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro, se disponível no local do sepultamento, observadas as condições contratuais em vigor na data de ocorrência do evento e os **riscos expressamente excluídos**.

2. COBERTURAS DO SEGURO

- 2.1. **Aquisição de Jazigo:** Garante o pagamento do capital segurado **correspondente ao dobro do capital segurado contratado para a cobertura de Decessos**, para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro, se disponível no local do sepultamento ao beneficiário responsável pela aquisição, **em caso de falecimento do segurado, observadas as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos**.
- 2.1.1. Esta cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Decessos, descrita nas Condições Especiais de Decessos.
- 2.1.2. Quando contratado o plano familiar da cobertura de Decessos, **descrita no item 2.1.2 das Condições Especiais de Decessos**, esta cobertura também será concedida ao cônjuge/companheiro e filhos. No caso de falecimento do cônjuge ou filho maior de 14 (quatorze) anos, a seguradora garante o pagamento de uma verba para aquisição de terreno, jazigo ou carneiro de até o dobro do valor do capital segurado contratado na cobertura de Decessos ao próprio segurado.
- 2.1.3. Esta indenização será paga uma única vez no seguro, ou seja, após ter sido paga a primeira verba para aquisição do jazigo ao beneficiário responsável, a cobertura estará automaticamente excluída do seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DESTA CLÁUSULA ADICIONAL TODOS OS RISCOS MENCIONADOS NO ITEM 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS E ITEM 3 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE DECESSOS.**

4. BENEFICIÁRIOS

- 4.1. O beneficiário será aquele responsável pela Aquisição de Jazigo.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O Capital Segurado da cobertura de Aquisição de Jazigo corresponderá ao dobro do capital segurado contratado para a cobertura de Decessos, constante no certificado individual.

6. INÍCIO DA COBERTURA

- 6.1. A cobertura de Aquisição de Jazigo começará a vigorar a partir da data de aceitação do seguro ou do endosso de inclusão da cobertura, conforme as condições contratuais do Seguro.

7. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

7.1. A cobertura do Segurado cessa:

- a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento, não renovação do seguro ou de término da cobertura do seguro;
- b) Quando for cancelada a cobertura de Decessos prevista nas Condições Especiais de Decessos;
- c) Quando for cancelada, a pedido do segurado, esta garantia adicional de Aquisição de Jazigo.

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 8.1. Ocorrendo a Morte do segurado, 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.
- 8.2. A regulação do sinistro se dará conforme definido no item 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO das Condições Gerais e item 8 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO das Condições Especiais de Decessos.
- 8.3. O valor a ser reembolsado será limitado ao valor do capital segurado vigente na data do evento.
- 8.4. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizando monetariamente.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1. Aplicam-se a esta cláusula adicional todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais que não contrariem os dispositivos expressos nesta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Esta cláusula, se contratada, mediante o pagamento de prêmio específico, tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao(s) seu(s) beneficiário(s), observadas as coberturas contratadas e condições contratuais em vigor na data de ocorrência do evento e os **riscos expressamente excluído**.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Segurados Dependentes:** É o cônjuge ou companheiro(a) do Segurado Principal, quando incluído no contrato de seguro pelo Segurado Principal, desde que não seja parte integrante do Grupo Segurado.

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. **Inclusão Facultativa de Cônjuge:** Garante o pagamento do capital segurado contratado para esta cláusula suplementar ao Segurado Principal ou ao próprio Dependente Cônjuge/Companheiro, mediante o pagamento de prêmio específico, desde que a proposta de adesão seja preenchida e assinada pelo próprio Dependente Cônjuge e **observadas as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos**.

- 3.1.1. Poderão ser contratadas para o Segurado Dependente Cônjuge/Companheiro, as coberturas de Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), **desde que estas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal e estejam especificadas na Proposta de Adesão**.
- 3.1.2. O capital segurado para as coberturas do Dependente Cônjuge/Companheiro será de até 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a mesma cobertura do Segurado Principal, conforme especificado na Proposta de Adesão.
- 3.1.3. Equipara-se ao cônjuge, a(o) companheira(o) do segurado.
- 3.1.4. O(a) companheiro(a), entendido, para todos os efeitos desta cláusula, é a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios previstos contratualmente.
- 3.1.5. **Para comprovação da união estável devem ser apresentados, dentre outros, os seguintes documentos:**
- Certidão de casamento religioso;**
 - Declaração de Imposto de Renda do segurado principal, em que conste o companheiro(a) como seu dependente;**
 - Anotação constante na Carteira Profissional (CP) e/ou Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), feita pelo órgão competente;**
 - Prova de mesmo domicílio;**
 - Anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;**
 - Registro em associação de qualquer natureza, onde conste o interessado como dependente do segurado;**

- g) Escritura Declaratória de União Estável, ou condição equiparada, firmada em cartório;
- h) Quaisquer outros documentos que possam levar à convicção do fato a comprovar, a ser avaliado pela Seguradora.

3.1.6. A indicação do cônjuge/companheiro(a) para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão ou caso ocorra a inclusão de cônjuge não legalmente habilitado, ou ainda, se o cônjuge/companheiro(a) já fizer parte do grupo segurado, não haverá direito à indenização, sendo nestes últimos casos devolvidos os valores de prêmio referente à indevida inclusão da cláusula suplementar de cônjuge.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. RATIFICAM-SE OS RISCOS EXCLUÍDOS CONSTANTES NO ITEM 4 DAS CONDIÇÕES GERAIS.

5. BENEFICIÁRIOS

- 5.1. No caso da ocorrência do evento morte do Segurado Dependente Cônjuge/Companheiro, o capital segurado correspondente à cobertura de Morte Acidental (MA), **quando contratada**, será paga de uma só vez ao Segurado Principal.
- 5.2. No caso de ocorrência de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Segurado Dependente, a indenização será paga ao próprio Segurado Dependente Cônjuge/Companheiro.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado da(s) cobertura(s) contratadas da Cláusula Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge /Companheiro será de até 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a mesma cobertura do Segurado Titular, conforme especificado na Proposta de Adesão.

7. INÍCIO DA COBERTURA

7.1. A(s) cobertura(s) da Cláusula Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge/Companheiro começará(ão) a vigorar a partir da data de aceitação do seguro ou do endosso de inclusão da cobertura, conforme as condições contratuais do Seguro.

8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 8.1. A cobertura do Segurado Dependente Cônjuge/Companheiro cessa:
 - a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento, não renovação do seguro ou de término da cobertura do seguro;
 - b) Quando for cancelada, por qualquer motivo, a cobertura contratada para o Segurado Principal;
 - c) Quando for extinta a condição de cônjuge ou companheira(o);
 - d) Com o pagamento da indenização de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total do Segurado Dependente Cônjuge/Companheiro;
 - e) Quando for cancelada esta cláusula suplementar de **INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE**;
 - f) Por solicitação do Segurado Principal.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 9.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos para o Segurado Dependente Cônjuge/Companheiro, 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.
- 9.2. Para a **Cláusula Suplementar da Inclusão Facultativa de Cônjuge/Companheiro** deverão ser apresentados os mesmos documentos solicitados em caso de sinistro do Segurado Titular, **conforme cada evento**, descritos no item 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO das Condições Gerais e **também**:
- a) Certidão de Casamento extraída após o óbito, caso o estado civil seja: casado, divorciado, separado ou viúvo; **ou**
 - b) Documento que comprove união estável, nos termos do item 3.1.5 destas Condições Especiais.
- 9.3. **O pagamento da indenização de Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente acarretará a extinção da Cláusula Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge/Companheiro.**

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Aplicam-se a esta cláusula suplementar todos os termos e disposições contidas nas condições gerais que não contrariem os dispositivos expressos nesta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FILHOS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Está cláusula, se contratada, mediante o pagamento de prêmio específico, o pagamento de indenização ao(s) seu(s) beneficiário(s), observadas as coberturas contratadas e condições contratuais em vigor na data de ocorrência do evento e os **risco expressamente excluído**.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. **Segurados Dependentes:** É(São) o(s) filho(s) considerado(s) dependente(s) do Segurado Principal, de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda, desde que não seja parte integrante do Grupo Segurado. Nas mesmas condições de cobertura serão incluídos os filhos e menores dependentes do Dependente Cônjuge/Companheiro(a), quando estes forem participantes da apólice pela Cláusula Suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge/Companheiro(a) e desde que declarados no Imposto de Renda do cônjuge.

3. COBERTURAS DO SEGURO

- 3.1. **Inclusão de Filhos:** Garante o pagamento do capital segurado contratado para esta cláusula suplementar, ao Segurado Principal ou ao próprio Dependente Filho, mediante o pagamento de prêmio específico, quando este solicitar a inclusão de seu(s) filho(s) dependente(s), por escrito, na Proposta de Adesão, **observadas as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos**.
- 3.1.1. Poderão ser contratadas para o Segurado Dependente Filho, as coberturas de Morte, Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) **desde que estas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal e estejam especificadas na Proposta de Adesão**.
- 3.1.2. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:
- a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
- b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.
- 3.1.3. Não haverá cobertura com base nesta condição especial caso tenha sido contratado o plano Familiar da cobertura de Decessos e esta for acionada em consequência da morte do Dependente Filho, menor de 14 (quatorze) anos ou natimorto, seja pelo acionamento da prestação de serviço ou solicitação de reembolso.
- 3.1.4. O capital segurado para as coberturas do Dependente Filho será de até 25% (vinte e cinco por cento) do capital segurado contratado para a mesma cobertura do Segurado Titular, limitado ao valor definido no Contrato, conforme especificado na Proposta de Adesão.
- 3.1.4.1. Quando ambos os cônjuges participarem do grupo segurado, seus filhos serão considerados dependentes apenas do cônjuge de maior capital segurado, ou no caso de equivalência, exclusivamente de um dos segurados.

3.1.4.2. A indicação do(s) filho(s) para inclusão é de inteira responsabilidade do Segurado Principal, que, inclusive se responsabiliza pelo estado de saúde do filho incluso no seguro.

3.1.4.3. Não podem participar desta cláusula suplementar os filhos que façam parte do grupo segurado. Caso o Dependente Filho já faça parte do grupo segurado, não haverá direito à indenização.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS TODOS OS RISCOS APLICÁVEIS AO SEGURADO PRINCIPAL, MENCIONADOS NO ITEM 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS.

5. BENEFICIÁRIOS

5.1. No caso da ocorrência do evento morte do Segurado Dependente Filho, maior de 14 anos, o capital segurado correspondente à cobertura de Morte Acidental (MA), **quando contratada**, será paga de uma só vez ao Segurado Principal.

5.2. No caso de ocorrência de Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado Dependente Filho, maior de 14 anos, a indenização será paga ao próprio Segurado Dependente Filho.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado da Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos será de até 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a mesma cobertura do Segurado Titular, **limitado ao valor definido no Contrato** e conforme especificado na Proposta de Adesão.

7. INÍCIO DA COBERTURA

7.1. A(s) cobertura(s) da Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos começará(ão) a vigorar a partir da data de aceitação do seguro ou do endosso de inclusão da cobertura, conforme as condições contratuais do Seguro.

8. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1. A cobertura de qualquer segurado dependente cessa:

- a) Quando ocorrer qualquer das hipóteses previstas nas condições gerais da apólice, para cancelamento, não renovação do seguro ou de término da cobertura do seguro;
- b) Quando for cancelada, por qualquer motivo, a cobertura contratada para o Segurado Principal;
- c) Quando os filhos perderem a condição de dependente, prevista na definição do item 2.1;
- d) Com o pagamento da indenização de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total do Segurado Dependente Filho;
- e) Quando for cancelada, a pedido do segurado, esta cláusula suplementar de **INCLUSÃO DE FILHOS**;
- f) Por solicitação do Segurado Principal.

9. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

- 9.1.** Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos para o Segurado Dependente Filho, 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.
- 9.2.** Para a **Cláusula Suplementar da Inclusão de Filhos** deverão ser apresentados os mesmos documentos solicitados em caso de sinistro do Segurado Titular, **conforme cada evento**, descritos no item 21 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO das Condições Gerais e **também** a Certidão de Nascimento.
- 9.2.1.** No caso de filhos maiores de idade, deverá ser apresentada a Declaração de Imposto de Renda para a comprovação da condição de dependente.
- 9.3.** O pagamento da indenização de Morte ou Invalidez Permanente Total por Acidente acarretará a extinção da Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** Aplicam-se a esta cláusula suplementar todos os termos e as disposições contidas nas condições gerais que não contrariem os dispositivos expressos nesta Condição Especial.

MANUAL DE ASSISTÊNCIAS

1. TELEFONES DE EMERGÊNCIA – 24H, 7 DIAS POR SEMANA

0800 775 7196 (Brasil)

55 11 4689 5519 (exterior)

1.1. Para acionar os serviços de Decessos (Funeral), Assistência à Pessoa ou Desconto em Medicamentos ligue para o número acima e informe:

- Nome do Segurado
- Nº de apólice e/ou Certificado
- Endereço
- Local e telefone de onde poderão ser encontrados os familiares
- Descrição da solicitação ou dúvida.

1.2. Para maiores informações sobre os serviços, ligue para: 0800 884 8844 (Brasil)

2. LIVRE ESCOLHA DE PRESTADORES

2.1. Exclusivamente para o Decessos o segurado poderá optar entre realizar o serviço através da Central de Atendimento ou buscar prestadores de sua livre escolha, submetendo os comprovantes de despesa à análise da Seguradora para fins de reembolso, até o limite do plano contratado.

2.2. Para os demais serviços, sempre deverá haver o prévio contato com a Central de Atendimento para a realização dos serviços previstos.

3. REEMBOLSO DE DESPESAS

3.1. Os possíveis reembolsos serão calculados e efetuados, desde que observados os custos/limites de despesas constantes de cada plano, e desde que tal serviço tenha sido informado/autorizado expressamente pela Central de Atendimento, salvo nos casos de Decessos.

3.2. Para solicitar reembolso envie a documentação solicitada ao endereço correspondente, conforme abaixo:

Endereço para pedido de Reembolso (Decessos):
MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A.
Edifício MAPFRE 18º andar – A/C Sinistro Vida
Av. das Nações Unidas, 11.711
04578-000 - São Paulo - SP - Brooklin

3.3. Documentação básica necessária:

- Carta do Beneficiário, Estipulante, Subestipulante ou do Corretor de Seguros, solicitando o reembolso.
- Caso o Beneficiário seja a(o) Companheira(o) do Segurado: Certidão de Pensão por Morte expedida pelo INSS caracterizando o vínculo de união estável e Escritura Pública de Declaração de Convivência Marital, devendo ser acrescida a informação quanto à existência de filhos do Segurado, casos estes também sejam caracterizados como beneficiários do Seguro;
- Certidão de Óbito do Segurado (cópia autenticada);
- CPF e RG do Beneficiário (cópia autenticada);
- CPF e RG do Segurado (cópia autenticada);

GARANTIAS DA ASSISTÊNCIA À PESSOA

1. DEFINIÇÕES

1.1. ASSISTÊNCIA PESSOAS SUAS BAGAGENS E OBJETOS PESSOAIS:

- 1.1.1. **SEGURADO** - Entende-se por **SEGURADO**, no caso de pessoas físicas, o titular da Apólice de Seguros administrada pela **Vida Seguradora S.A.** desde que tenham residência habitual no Brasil.
- 1.1.2. **BENEFICIÁRIO** - Entende-se por Beneficiário, além do Segurado:
- a) Para as garantias de Assistência às Pessoas, Bagagens e Objetos Pessoais – O cônjuge, ascendentes e descendentes em primeiro grau do Segurado, sempre que convivam com ele e sejam seus dependentes conforme legislação do IR.
 - b) Para as garantias de Assistência a Recolocação Profissional – não haverá beneficiário para essa modalidade que será prestada exclusivamente ao Segurado.
- 1.1.3. **VEÍCULO ASSISTIDO** - Entende-se por VEÍCULO ASSISTIDO, os veículos de propriedade do Segurado e/ou Beneficiário designado pela Seguradora, desde que não seja destinado ao transporte público de mercadorias ou passageiros, de aluguel, com ou sem condutor, ou peso máximo autorizado superior a 3.500kg, motocicletas ou qualquer outro veículo que não tenha 04 (quatro) rodas. Com até 10 (dez) anos de fabricação.

2. FRANQUIA QUILOMÉTRICA

- 2.1. No que se refere as coberturas às Pessoas, suas Bagagens e Objetos Pessoais, o direito às prestações dos serviços de assistência começa a partir de 100 km, a contar da residência do Segurado.

3. ÂMBITO TERRITORIAL E DURAÇÃO

3.1. O ÂMBITO TERRITORIAL DA ASSISTÊNCIA SERÁ O SEGUINTE:

- 3.1.1. No que se refere às Pessoas, suas **Bagagens e Objetos pessoais**, suas bagagens e objetos pessoais, estender-se-á aos fatos geradores ocorridos em **QUALQUER PARTE DO MUNDO**, desde que, a estadia do Segurado e/ou Beneficiário fora da sua residência habitual não seja superior a 60 (sessenta) dias.
- 3.1.2. No que se refere aos serviços de **Recolocação**, exclusivo para o Segurado estender-se-á ao **TERRITÓRIO NACIONAL** e desde que respeitadas as condições deste anexo e observadas as exclusões deste contrato.
- 3.1.3. No que se refere aos serviços de **Assistência ao Veículo**, estender-se-á ao **TERRITÓRIO NACIONAL, REPÚBLICA ARGENTINA, URUGUAI, PARAGUAI E CHILE**.
- 3.1.4. No que se refere aos serviços a Residência, estender-se-á ao **TERRITÓRIO NACIONAL**.
- 3.2. A duração das garantias dos serviços de assistência aqui descritos, fica limitada à vigência da apólice do seguro ofertada pela Seguradora ao Segurado e/ou Beneficiário da qual é adicional.

4. GARANTIAS DE ASSISTÊNCIAS À PESSOA

- 4.1. Os serviços relativos aos Segurados e Beneficiários, abrangem as modalidades previstas neste artigo, e serão prestadas de acordo com as condições aqui estabelecidas; desde que respeitados integralmente os artigos 1, 2 e 3 deste instrumento.

4.2. REMOÇÃO MÉDICA POR ACIDENTE (AMBULÂNCIA)

- 4.2.1. Se necessário e quando solicitado, a empresa terceirizada realizará, após terem sido tomadas as providências de primeiros socorros ou liberação por parte do médico responsável e/ou do poder público, a remoção do Beneficiário em caso de acidente ou após alta hospitalar, até o hospital, clínica ou médico mais próximo capacitado para realização do atendimento.
- 4.2.1.1. Este serviço somente poderá ser acionado, quando o evento ocorrer a partir de 100 km da residência habitual do Segurado.
- 4.2.1.2. Limite: Até R\$ 300,00 (trezentos reais).
- 4.2.1.3. Se não houver ambulância disponível para transporte ou falta de infra estrutura no local do evento do sinistro, a empresa terceirizada garantirá os custos decorrentes do transporte providenciado pelo Segurado por meio de reembolso mediante apresentação da nota fiscal original do serviço, limitado à R\$ 300,00 (trezentos reais).
- 4.2.1.4. Após a alta hospitalar, se o Segurado não puder retornar ao domicílio pelos seus próprios meios, a empresa terceirizada garantirá o transporte até a residência do Segurado.

Nota: Este serviço abrange a assistência prestada pelo médico que estiver acompanhando a ambulância.

4.3. TRANSPORTE OU REPATRIAMENTO NO CASO DE LESÕES OU DOENÇAS NO BRASIL OU EXTERIOR

- 4.3.1. Quando o centro hospitalar da localidade não dispuser de recursos adequados para o tratamento do quadro clínico apresentado, a empresa terceirizada garantirá o pagamento das despesas de transporte do Beneficiário em ambulância, ou no meio recomendado pelo médico responsável, até o centro hospitalar mais adequado ou até a residência habitual do mesmo.
- 4.3.2. A equipe médica da **empresa terceirizada** manterá os contatos necessários com o centro hospitalar ou com o médico que atender o Beneficiário para acompanhar a assistência prestada, bem como definirá com o médico responsável a real necessidade do transporte e o meio a ser utilizado.
- 4.3.3. Este serviço somente poderá ser acionado, quando o evento ocorrer a partir de 100 kms da residência do Segurado.

4.4. TRANSPORTE OU REPATRIAMENTO DOS BENEFICIÁRIOS ACOMPANHANTES

- 4.4.1. Quando a lesão ou doença do Segurado e/ou Beneficiário não permitir a continuação da viagem ou o regresso ao domicílio pelo meio inicialmente previsto, a empresa terceirizada garante o pagamento das despesas de transporte em linha regular dos Beneficiários acompanhantes até à residência habitual do Segurado e/ou Beneficiário ou até o local onde estes se encontrem hospitalizados.
- 4.4.2. Se algum dos Beneficiários acompanhantes tiver idade inferior a 15 (quinze) anos e não tiver acompanhante, a empresa terceirizada garantirá o atendimento adequado durante a viagem até a sua residência habitual ou o lugar da hospitalização do Segurado.
- 4.4.3. Este serviço somente poderá ser acionado, quando o evento ocorrer a partir de 100kms da residência do Segurado.

4.5. TRANSPORTE E ESTADIA DE UM FAMILIAR DO SEGURADO OU BENEFICIÁRIO

- 4.5.1. Quando o período de hospitalização do Segurado e/ou Beneficiário for superior a 5 (cinco) ou 10 (dez) dias e este estiver desacompanhado, a empresa terceirizada garante a um familiar o pagamento das seguintes despesas:

4.5.1.1. Em território brasileiro:

- a) Custo da viagem de ida e volta até o local de hospitalização
- b) Os gastos de estadia neste local, a partir do 5º (quinto) dia, com limite diário do equivalente a R\$ 100,00 (cem reais) por dia, até um limite do equivalente a R\$ 400,00 (quatrocentos reais) por toda a estadia.

4.5.1.2. No exterior:

- a) Custo da viagem de ida e volta até o local de hospitalização.
- b) Os gastos de estadia, a partir do 10º (décimo) dia, com um limite de R\$ 300,00 (trezentos reais) por dia até o máximo de R\$ 1.800,00 (Hum mil e oitocentos reais) por toda a estadia (ou o equivalente em moeda local), convertido pelo câmbio comercial compra do dia.
- c) Este serviço somente poderá ser acionado, quando o evento ocorrer a partir de 100kms da residência do Segurado.

4.6. TRANSPORTE DO SEGURADO OU BENEFICIÁRIO POR INTERRUÇÃO DA VIAGEM DEVIDO AO FALECIMENTO DE UM FAMILIAR

4.6.1. A empresa terceirizada garante o pagamento das despesas de transporte em linha regular (comercial), do Segurado e/ou Beneficiário quando se interrompa a viagem por falecimento, no Brasil, do seu cônjuge ou parentes em até 2º grau, até ao local de inumação desde que, a locomoção não seja possível pelo meio de transporte inicialmente utilizado na viagem ou ainda que este meio não possibilite a sua locomoção no tempo necessário.

4.6.2. Este serviço somente poderá ser acionado, quando o evento ocorrer a partir de 100kms da residência do Segurado.

4.7. TRANSPORTE URGENTE DO SEGURADO OU BENEFICIÁRIO POR OCORRÊNCIA DE SINISTRO NO SEU DOMICÍLIO

4.7.1. A **BRASIL ASSISTÊNCIA** garante o pagamento das despesas de transporte em linha regular (comercial), do Segurado e/ou Beneficiário até sua residência, desde que esta esteja desabitado, devido a ocorrência de um sinistro de roubo ou furto com violação de portas ou janelas, incêndio ou explosão, a torne inabitável ou com grave risco de que se produzam maiores danos, justificando assim, sua presença e necessidade de locomoção, sempre que não possa efetuar este transporte no meio utilizado inicialmente em sua viagem, ou ainda que este meio não possibilite a sua locomoção no tempo necessário.

4.8. ASSISTÊNCIA MÉDICA AO SEGURADO E/OU BENEFICIÁRIO POR LESÃO OU DOENÇA NO EXTERIOR

4.8.1. Nos casos de lesão ou doença no Exterior do Segurado e/ou Beneficiário, a **empresa terceirizada** garante ao Segurado e/ou Beneficiários, o pagamento das despesas de hospitalização, intervenções cirúrgicas, honorários médicos, despesas odontológicas e produtos farmacêuticos recomendados pelo médico responsável pelo atendimento, até um limite de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial compra do dia.

4.9. ADIANTAMENTO PARA COBERTURA DE GASTOS MÉDICOS AO SEGURADO E/OU BENEFICIÁRIOS, NO EXTERIOR

4.9.1. Nos caso em que os gastos de hospitalização, internações cirúrgicas de emergência, honorários médicos, odontológicos e produtos farmacêuticos excederem a cobertura prevista no item anterior, a empresa terceirizada, a título de empréstimo, providenciará o pagamento, junto ao prestador de serviço que estiver atendendo o Segurado e/ou Beneficiários, do valor equivalente até R\$ 3.000,00

(três mil reais), ou o equivalente em moeda do local onde estiver a Segurado e/ou Beneficiários, convertido pelo câmbio comercial compra do dia.

- 4.9.2. Esse empréstimo será feito mediante a entrega à empresa terceirizada de cheque-caução de valor equivalente em reais por um representante do Segurado e/ou Beneficiários e expressa autorização e reconhecimento do adiantamento por esse representante e pelo Segurado e/ou Beneficiários.
- 4.9.3. O Segurado e/ou Beneficiários deverá reembolsar a **empresa terceirizada** deste valor em reais.
- 4.9.4. O prazo máximo para o reembolso será de 30 (trinta) dias, a contar da data do adiantamento. O não-pagamento desse adiantamento no prazo acima estabelecido implicará o pagamento de juros monetários de 1% (um por cento) ao mês e multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do adiantamento em atraso.

4.10. PROLONGAMENTO DE ESTADIA DO SEGURADO E/OU BENEFICIÁRIOS NO EXTERIOR POR LESÃO OU DOENÇA

- 4.10.1. A **empresa terceirizada** garante o pagamento das despesas de hotel do Segurado e/ou Beneficiários quando, por lesão ou doença e prévia recomendação do médico responsável, se lhe imponha o prolongamento da estadia no exterior para tratamento, com um limite de R\$ 300,00 (trezentos reais) por dia, até o máximo de R\$ 1.800,00 (hum mil e oitocentos reais) por toda a estadia, ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial compra do dia.

4.11. TRANSPORTE OU REPATRIAMENTO DO SEGURADO FALECIDO E DOS BENEFICIÁRIOS ACOMPANHANTES DO SEGURADO NO EXTERIOR

- 4.11.1. No caso de falecimento de um dos Segurados e/ou Beneficiários, a **empresa terceirizada** tratará das formalidades para repatriamento do corpo, garantindo o pagamento das despesas de transporte até o local de inumação no Brasil, incluindo-se os gastos para o fornecimento da urna funerária necessária para este transporte. A **empresa terceirizada** garante também as despesas de transporte ou repatriamento dos Beneficiários acompanhantes até suas residências ou até o local de inumação, sempre que não seja possível a utilização do meio de transporte da viagem inicial, ou ainda que este meio não possibilite a sua locomoção no tempo necessário. Se algum dos Beneficiários tiver idade inferior a 15 (quinze) anos e não tiver acompanhante, a empresa terceirizada garante o atendimento adequado durante a viagem.

4.12. TRANSMISSÃO DE MENSAGENS URGENTES

- 4.12.1. A **empresa terceirizada** garante a transmissão de mensagens urgentes, do Segurado e/ou Beneficiários, desde que se refiram a quaisquer dos eventos referentes as modalidades de prestação previstas neste contrato.

4.13. INFORMAÇÕES EM CASO DE PERDA OU ROUBO DE DOCUMENTOS NO EXTERIOR

- 4.13.1. No caso de perda ou roubo de documentos, a empresa terceirizada assessorará o Segurado e/ou Beneficiários no fornecimento de informações e orientações para a obtenção de documentos provisórios ou definitivos necessários para o prosseguimento da viagem.

4.14. ASSISTÊNCIA JURÍDICA NO EXTERIOR

- 4.14.1. No caso de acidente ou demanda, a empresa terceirizada assessorará o segurado na indicação de um advogado de seu cadastro, bem como enviará, a título de adiantamento, o valor equivalente até R\$ 3.000,00 (três mil reais), ou o equivalente em moeda local convertido pelo câmbio comercial de compra do dia, caso haja condenação de fiança judicial. Na hipótese de procedimento judicial, a empresa terceirizada fará o adiantamento da quantia de até R\$ 3.000,00 (três mil reais), ou o equivalente em moeda local convertido pelo câmbio comercial do dia, para o pagamento das custas judiciais e honorários advocatícios.

- 4.14.2.** Este empréstimo será feito mediante a entrega à empresa terceirizada de cheque-caução no mesmo valor em reais por um representante do segurado, e expressa autorização deste representante.
- 4.14.3.** O Segurado e/ou Beneficiário deverá reembolsar a empresa terceirizada desse adiantamento em reais. O prazo máximo para este reembolso é de 30 (trinta) dias a contar da data do empréstimo. O não-pagamento desta dívida no prazo acima estabelecido, implicará no pagamento de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês e na multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

4.15. SERVIÇO DE MOTORISTA PROFISSIONAL NO BRASIL

- 4.15.1.** No caso da impossibilidade do Beneficiário conduzir o veículo assistido por motivo de doença, acidente pessoal ou falecimento e nenhum dos acompanhantes possa substituí-la com a devida habilitação, a empresa terceirizada arcará com os gastos de contratação de um motorista profissional para transportar o veículo assistido junto com os seus ocupantes diretamente até o domicílio habitual do segurado ou até o ponto de destino da viagem, sempre que em território nacional.

4.16. INFORMAÇÕES PRÉVIAS PARA VIAGEM

- 4.16.1.** No caso de viagem ao exterior, a empresa terceirizada facilitará ao Beneficiário as seguintes informações: necessidade de vistos, documentos necessários, exigência de vacinas, idioma, e telefones de Embaixadas Brasileiras.

4.17. ADIANTAMENTO DE FUNDOS NO EXTERIOR, POR PERDA OU ROUBO DE DOCUMENTOS

- 4.17.1.** Em caso de perda ou roubo de documentos, desde que devidamente comprovado através de denúncia às autoridades competentes, a empresa terceirizada assessorará o Segurado e/ou Beneficiário no fornecimento de informações e orientações para a obtenção de documentos provisórios ou definitivos necessários ao prosseguimento da viagem, a título de empréstimo, o envio do valor equivalente a até R\$ 2.000,00 (dois mil reais) ou o equivalente em moeda do local onde estiver o Beneficiário, convertido pelo câmbio comercial compra do dia.
- 4.17.2.** Este empréstimo será feito mediante a entrega à empresa terceirizada de cheque caução de valor equivalente, em reais, por um representante do Beneficiário e expressa autorização e reconhecimento da dívida por este representante e pelo Beneficiário.
- 4.17.3.** O Beneficiário deverá reembolsar a empresa terceirizada deste valor em reais.
- 4.17.4.** O prazo máximo para este reembolso é de 30 (trinta) dias a contar da data do empréstimo. O não-pagamento desta dívida no prazo acima estabelecido, implicará no pagamento de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês e na multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

5. GARANTIAS RELATIVAS AS BAGAGENS E OBJETOS PESSOAIS

- 5.1.** Os serviços relativos às bagagens e objetos pessoais extraviados pertencentes ao Segurado e/ou Beneficiários, são as relacionadas neste artigo, e serão prestadas de acordo com as seguintes condições:

5.1.1. LOCALIZAÇÃO E TRANSPORTE DE BAGAGEM E OBJETOS PESSOAIS

- 5.1.1.1.** A empresa terceirizada assessorará o Segurado e/ou Beneficiários na reclamação de roubo ou extravio de sua bagagem e objetos pessoais, e ainda, ajudará na gestão de sua localização.

5.1.1.2. Na hipótese de recuperação, a empresa terceirizada se encarregará de sua expedição até o local da viagem previsto pelo Segurado e/ou Beneficiários, ou até seu domicílio habitual.

5.1.2. EXTRAVIO DA BAGAGEM

5.1.2.1. Em caso de extravio da bagagem do Segurado em vôo regular (comercial), este deverá comunicar imediatamente o fato a Companhia Aérea e obter uma prova por escrito desta notificação (formulário P.I.R.), após esta medida deverá entrar em contato com a empresa terceirizada informando o fato.

5.1.2.2. Caso esta bagagem não seja recuperada dentro de 24 (vinte e quatro) horas contadas a partir da notificação à empresa terceirizada, esta pagará ao Segurado a quantia de R\$ 300,00 (trezentos reais), ou o equivalente em moeda local, convertido pelo câmbio comercial compra do dia. Se a bagagem for recuperada posteriormente, o Segurado deverá reembolsar a empresa terceirizada, deste valor em reais. O prazo máximo para este reembolso é de 30 (trinta) dias a contar da data de recuperação da bagagem. O não-pagamento desta dívida no prazo acima estabelecido, implicará no pagamento de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês e na multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do débito em atraso.

6. GARANTIAS DE ASSISTÊNCIA A RECOLOCAÇÃO PROFISSIONAL

6.1. GARANTIA DE AUXILIO RECOLOCAÇÃO PROFISSIONAL

6.1.1. Esta assistência é válida apenas para o Segurado, conforme definido no item 1, letra A, supra, desde que tenha residência habitual no Brasil. A empresa terceirizada garantirá ao Segurado, que no início da vigência da apólice possuir vínculo empregatício com carteira assinada por no mínimo 06 (seis) meses, auxílio de recolocação profissional, caso venha a ser demitido sem justa causa. O serviço de auxílio de recolocação profissional será prestado, por empresa de consultoria de recursos humanos especializada em recolocação profissional, conforme descrito a seguir.

6.1.2. Para o Segurado que possuir endereço de correio eletrônico (e-mail), esta cobertura garantirá:

- Colocação dos dados curriculares do segurado por 03 (três) meses no site da empresa de consultoria, que possui acesso a vagas de emprego em todo o território nacional;
- Aviso via “e-mail” diário, de novas vagas correspondentes ao perfil do segurado titular;
- Envio dos dados curriculares, via correio eletrônico para as vagas selecionadas pelo segurado;
- Consultor virtual para esclarecimentos e orientação ao segurado.

6.1.3. No caso do Segurado não possuir endereço eletrônico caberá ao mesmo a criação de um endereço eletrônico através de provedores de internet gratuitos, sendo que o Segurado poderá acessá-lo de qualquer micro computador que tenha acesso a internet.

Em ambos os casos relacionados acima a empresa terceirizada disponibilizará uma senha de acesso ao site para que o Segurado possa informar seus dados curriculares, sendo o preenchimento de inteira responsabilidade do Segurado

6.1.4. O Segurado que na data de início de vigência da apólice não possuir vínculo empregatício com carteira assinada, não estará coberto por esta assistência.

6.1.4.1. Não serão consideradas, para efeito desta cláusula, as demissões decorrentes de ou em função de:

- a) Programa de incentivo a demissão, ou seja aqueles incentivados pelo empregador por aposentadoria, pensão, retiro / ausência ou qualquer outro tipo de demissão voluntária;
- b) Abandono de emprego;

- c) Demissão do Segurado com data anterior a data de início deste contrato;
- d) Demissão por justa causa.

Nota: A empresa terceirizada não garante a recolocação do Segurado apenas disponibilizará os serviços descrito neste artigo ao mesmo.

7. ASSISTÊNCIA VEÍCULO

7.1. A assistência relativa aos Veículos Assistidos abrange a modalidade prevista neste artigo, que serão prestadas conforme descrito abaixo, desde que respeitados os artigos anteriores.

7.1.1. REBOQUE OU TRANSPORTE DO VEÍCULO ASSISTIDO

- 7.1.1.1. No caso em que o Veículo Assistido não puder circular, por pane, a empresa terceirizada arcará com os gastos do reboque ou transporte do veículo assistido até a oficina mais próxima ao local do evento, à escolha do Segurado e/ou Beneficiário.
- 7.1.1.2. O limite máximo deste gasto é o equivalente a R\$ 200,00, (Duzentos Reais), por evento limitado a 3 (três) eventos por ano.
- 7.1.1.3. Sempre que tecnicamente possível será providenciado o reparo no local, arcando com os serviços de mão-de-obra, obedecendo ao limite acima, cabendo ao Segurado arcar com as despesas das peças a serem trocadas.

8. GARANTIAS DE ASSISTÊNCIA A RESIDÊNCIA ASSISTIDA

8.1. As assistências relativas a Residência Assistida, abrangem as modalidades previstas neste artigo, e serão prestadas conforme descritas abaixo, desde que respeitados os artigos anteriores.

8.1.1. HIDRÁULICA

- 8.1.1.1. A empresa terceirizada enviará à Residência Assistida, profissionais para reparar o vazamento interno que causa ou possa causar alagamentos. Estão inclusos nesse serviço as despesas de envio, custo com materiais e mão-de-obra dos profissionais até o limite de R\$ 100,00 (Cem Reais) por ano, sendo uma intervenção ao ano.
- 8.1.1.2. A empresa terceirizada não assumirá custos de reparo definitivo, nem serviços de alvenaria ou qualquer serviço de desobstrução.

Nota: Estão excluídos desta cobertura o reparo de: torneiras, reservatórios subterrâneos, aquecedores, caixa d'água, bombas hidráulicas, assim como, o desentupimento de banheiros, sifões, ou reparação de goteiras por má impermeabilização ou proteção das paredes externas do imóvel.

8.1.2. ENVIO DE CHAVEIRO POR PERDA OU ROUBO DAS CHAVES

- 8.1.2.1. Se devido à ocorrência de perda ou roubo de chaves, o Segurado não puder entrar na Residência Assistida, não havendo outra alternativa viável para fazê-lo, a empresa terceirizada enviará um chaveiro até a residência para que, se possível, seja realizada a abertura da porta e efetuada uma cópia da chave.
- 8.1.2.2. O limite máximo para esta cobertura será de R\$ 80,00 (oitenta reais) por intervenção, limitado a 02 (duas) intervenções por ano.

Nota: Estão excluídas desta cobertura as fechaduras de portas internas e guarda-roupas da Residência Assistida.

8.1.3. ENVIO DE CHAVEIRO POR ROUBO OU FURTO DA RESIDÊNCIA

- 8.1.3.1.** No caso de roubo ou furto qualificado da Residência Assistida em que tenha havido arrombamento de janelas ou de portas de entrada e de acesso comum a mesma, com danificação da(s) fechadura(s), empresa terceirizada assumirá os serviços emergenciais de reparo ou substituição desta(s) fechadura(s), sendo expressamente excluídos os demais danos.
- 8.1.3.2.** O limite máximo para reparo e substituição será de R\$ 200,00 (Duzentos reais) por intervenção, limitado a 01 (uma) intervenção por ano.

Nota: Estão excluídas desta cobertura as fechaduras de portas internas, guarda-roupas, assim como janelas internas da Residência Assistida.

8.1.4. SERVIÇO DE FAXINEIRA

- 8.1.4.1.** Em caso de hospitalização por acidente pessoal do Segurado ou seu cônjuge, prescrita por médico e decorrente de eventos amparados neste Anexo, sempre que o período de hospitalização seja superior a 7 (sete) dias, a empresa terceirizada assumirá os gastos com uma faxineira por um período máximo de 10 (dez) dias, limitado a R\$ 50,00 (Cinquenta Reais) por dia, estando limitada a uma intervenção por ano.

9. EXCLUSÃO

9.1. Além das exclusões já particularizadas neste contrato, não serão concedidas as prestações seguintes:

- a) Serviços solicitados diretamente pelo Segurado e/ou Beneficiário, sem prévio consentimento da empresa terceirizada, exceto nos casos de força maior ou impossibilidade material comprovada.
- b) Assistência a toda e qualquer consequência resultante de morte ou lesões causadas, direta ou indiretamente por atividades criminosas ou dolosas do Segurado ou Beneficiários.
- c) Assistência derivada da morte por suicídio, ou lesões e consequências decorrentes de tentativas do mesmo.
- d) Assistência por doenças ou estados patológicos produzidos por consumo voluntário de álcool, drogas, produtos tóxicos, narcóticos ou medicamentos adquiridos sem recomendação médica.
- e) Despesas e/ou tratamento de doenças nervosas, neuroses, psicoses, inclusive traumática ou puerperal, bem como as causadas por epilepsia traumática ou essencial, que exijam internação, psiquiatria, psicanálise, psicoterapia ou sonoterapia.
- f) Assistência derivada de práticas desportivas em competição de caráter profissional por parte do Segurado ou Beneficiários, bem como, a participação do Veículo Assistido em competições, apostas ou provas de velocidade.
- g) Assistência derivadas de panes repetitivas que caracterizam falta manifesta de manutenção do Veículo Assistido.
- h) Assistência ao carona transportado gratuitamente em consequência de "auto-stop" (carona) e àqueles que ultrapassem a capacidade nominal do Veículo Assistido.
- i) Assistência ao Usuário ou Beneficiários ou ao Veículo Assistido quando em trânsito por estradas ou caminhos de difícil acesso aos veículos comuns, impedidos ou não abertos ao tráfego, de areias fofas ou movediças.

- j) Despesas extras da estadia como: refeições, bebidas, e todas aquelas que não estejam inclusas no custo da diária do hotel.
- k) Residências de veraneio ou que não possam ser caracterizadas como habitual e permanente do Usuário e/ou Beneficiário.
- l) Estabelecimentos comerciais com partes utilizadas como residência ou residências com parte dela utilizada para fins comerciais, seja pelo usuário ou por terceiros.

9.2. Excluem-se ainda das prestações e coberturas da empresa terceirizada, as derivadas dos seguintes fatos:

- a) Atos de terrorismo, revoltas populares, greves, sabotagem, guerras e quaisquer perturbações de ordem pública.
- b) Atos ou atividades das Forças Armadas ou de Forças de Segurança em tempos de paz.
- c) Os eventos que tenham por causa irradiações provenientes da transmutação ou desintegração nuclear ou da radioatividade.
- d) Confisco, requisição ou danos produzidos na residência assistida, por ordem de Governo, de direito ou de fato, ou de qualquer autoridade instituída.
- e) Eventos decorrentes de fenômenos da natureza, de caráter extraordinário, tais como: inundações, terremotos, erupções vulcânicas, tempestade ciclônicas atípicas, furacões, maremotos, quedas de corpos siderais, meteoritos, etc.

9.3. Ficam excluídos das prestações previstas neste contrato os atos praticados por ação ou omissão do Usuário e/ou Beneficiário, causadas por má fé.

10. COMUNICAÇÃO

- 10.1.** Quando ocorrer algum fato objeto de prestação dos serviços de assistência, o Segurado e/ou Beneficiários solicitará pelo telefone a assistência correspondente, informando seu nome e número do CPF, número da apólice, bem como o local onde se encontra e o serviço de que necessita.

11. CANCELAMENTO DOS DIREITOS DE PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

- 11.1.** A empresa terceirizada se dá o direito de cancelar automaticamente estas garantias sempre que:
- a) Segurado e/ou Beneficiários causar ou provocar intencionalmente um fato que dê origem necessidade de prestação de qualquer um dos serviços aqui descritos.
 - b) Segurado e/ou Beneficiários omitir informações ou fornecer intencionalmente informações falsas.

12. DESCONTO EM MEDICAMENTOS

- 12.1.** Nos casos de necessidade de aquisição de medicamentos, oferece ao segurado **Descontos Especiais de até 50%** nos medicamentos constantes da LPM® - Lista Prevsaude de Medicamentos, quando adquiridos nos estabelecimentos conveniados. Para ter acesso às vantagens exclusivas, o segurado deverá apresentar a Carteirinha de Assistências MAPFRE com a logomarca da Orizon junto à sua Receita Médica em uma das farmácias constantes da Rede Nacional de Farmácias Credenciadas, mais próxima da sua residência.
- 12.2.** Para utilizar de forma correta seu benefício, o segurado poderá acessar o site **www.orizonbrasil.com.br** ou entrar em contato com **CAP - Central de Atendimento Orizon: 3003-**

7333 (regiões metropolitanas) - 0800-724 7333 (regiões não metropolitanas) consultando a relação de Medicamentos e a listagem de todas as farmácias conveniadas.

13. PROMOÇÃO DE CESSÃO DE SORTEIO DE CAPITALIZAÇÃO

- 13.1.** A Vida Seguradora é proprietária de Títulos de Capitalização emitidos pela MAPFRE CAPITALIZAÇÃO S/A, CNPJ 09.382.998/0001-00, de acordo com a Nota Técnica e suas Condições Gerais aprovadas pela SUSEP sob o nº. 15414.000959/2008-16.
- 13.2.** Ao adquirir o Seguro MAPFRE Vida Você MultiFlex, o segurado receberá promocionalmente a Cessão de participação em 1 (um) sorteio mensal no valor líquido de Imposto de Renda de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) através do NÚMERO DA SORTE informado no Certificado.
- 13.3.** Os sorteios serão apurados com base na Extração da Loteria Federal do Brasil, do último sábado de cada mês, a partir do mês de adesão do seguro (desde que a aceitação seja efetuada com antecedência de 24 horas da data do sorteio) e nos meses subseqüentes a aceitação do seguro, até o último mês de vigência deste Certificado, e o número contemplado em cada série será formado pelas unidades do 1º ao 5º prêmio, conforme exemplo a seguir:
- 1º Prêmio: 38415
 - 2º Prêmio: 17135
 - 3º Prêmio: 08493
 - 4º Prêmio: 28401
 - 5º Prêmio: 22469
- Assim o número contemplado seria: **55319**
- 13.4.** Não sendo realizada extração na data prevista, será considerada a extração subseqüente que a substitua.

Atenção: os benefícios são válidos por 12(doze)meses a contar do início de vigência do seguro, e desde que pagas as parcelas em seus respectivos vencimentos.

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE (SAC) E OUVIDOR DO SEGURADO

O Ouvidor do Segurado atua de forma isenta e independente, com caráter mediador, pedagógico e estratégico na defesa dos direitos dos consumidores na relação contratual com a Seguradora. O Ouvidor acolhe as manifestações dos consumidores não solucionadas em primeira instância por outros canais de atendimento e apoio.

Os canais de acesso são os seguintes:

Ouvidoria: 0800 775 1079 e para Deficientes Auditivos ou Fala: 0800 962 7373

SAC: 0800 884 8844 e para Deficientes Auditivos ou Fala: 0800 775 5045

São Paulo, 21 de Dezembro de 2013.

