

SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

SEGURO DE VIDA COM CAPITAL GLOBAL

Condições Contratuais

Versão 5.0

CNPJ 54.484.753/0001-49

Processo SUSEP nº 15414.002906/2006-78

ÍNDICE

SEGURO GLOBAL DE VIDA.....	4
CONDIÇÕES GERAIS.....	4
CONDIÇÕES GERAIS.....	4
1. DEFINIÇÕES	4
2. OBJETIVO	6
3. COBERTURAS DO SEGURO	6
4. RISCOS EXCLUÍDOS	9
5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS.....	10
6. CARÊNCIAS.....	10
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO	10
8. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	11
9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	11
10. CAPITAL SEGURADO	11
11. CORREÇÃO DOS VALORES DE PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO.....	12
12. PRÊMIO	12
13. CANCELAMENTO DO SEGURO	12
14. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	13
15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	14
16. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	14
17. FORMAS DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	16
18. BENEFICIÁRIOS.....	16
19. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	16
20. DISPOSIÇÕES GERAIS	17
21. SUB-ROGAÇÃO	17
22. FORO.....	17
ANEXO I – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA .18	18
1. DO OBJETIVO.....	18
2. DA COBERTURA	18
3. DOS RISCOS EXCLUÍDOS	19
4. DA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO	19
5. DA FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	20
6. DO CANCELAMENTO DO SEGURO.....	20
ANEXO ÀS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL–IAIF	21
GLOSSÁRIO PARA OS TERMOS RELACIONADOS À COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA	23
ANEXO II – CONDIÇÕES ESPECIAIS DE AUXÍLIO FUNERAL	25
1. OBJETIVO	25
2. EXCLUSÕES DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL.....	25
3. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO.....	25
4. DISPOSIÇÕES FINAIS	25

ANEXO III – CONDIÇÕES ESPECIAIS DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA	26
1. OBJETIVO	26
2. EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA	26
3. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO.....	26
4. DISPOSIÇÕES FINAIS	26
ANEXO IV – CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CESTA BÁSICA	27
1. OBJETIVO	27
2. EXCLUSÕES DA COBERTURA CESTA BÁSICA	27
3. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO.....	27
4. DISPOSIÇÕES FINAIS	28
ANEXO V – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE.....	29
1. OBJETIVO	29
2. COBERTURAS.....	29
3. ACEITAÇÃO	29
4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	29
5. BENEFICIÁRIO	29
6. DISPOSIÇÃO FINAL	29
ANEXO VI – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS.....	30
1. OBJETIVO	30
2. COBERTURAS.....	30
3. ACEITAÇÃO	30
4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	30
5. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA CONGÊNITA.....	30
6. BENEFICIÁRIO	31
7. DISPOSIÇÕES FINAIS	31
OUVIDOR	32

SEGURO GLOBAL DE VIDA

CONDIÇÕES GERAIS

Seja bem-vindo uma companhia acessível, flexível e transparente.

A seguir, você encontrará a descrição de nossas Condições Gerais.

CONDIÇÕES GERAIS

1. DEFINIÇÕES

1.1. Acidente Pessoal:

1.1.1. O evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou 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, que será equiparado, para fins de Indenização, ao 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 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.3)** 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 no subitem 1.1 desta cláusula.

1.2. Apólice:

Documento emitido e assinado pela Seguradora que comprova a relação contratual e formaliza a aceitação do risco.

1.3. Beneficiário:

Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos Capitais Segurados, em caso de ocorrência do evento coberto contratado.

1.4. Capital Segurado:

É a importância máxima a ser paga ou reembolsada ao Beneficiário em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

1.5. Carência:

É o período, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual o Segurado não tem direito às Coberturas contratadas.

1.6. Carregamento:

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização do plano.

1.7. Companheiro(a):

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

1.8. Condições Contratuais:

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, do Contrato.

1.9. Condições Gerais:

Conjunto de cláusulas que regem um mesmo Seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários, do Estipulante e do Subestipulante.

1.10. Condições Especiais:

Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo Seguro.

1.11. Contrato:

Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante ou Subestipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do Seguro, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante ou Subestipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

1.12. Dependentes:

São o Cônjuge e os filhos, enteados e menores considerados dependentes econômicos do Segurado Principal, de acordo com a Legislação do Imposto de Renda, desde que não tenham vínculo com o Estipulante ou Subestipulante.

1.13. Doenças Preexistentes:

Doença de conhecimento do segurado e não declarada na Proposta de Adesão ou, no caso de contratação coletiva, na proposta de adesão.

1.14. Estipulante 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 ou Subestipulante/Averbador quando não participar do custeio.

1.15. Evento Coberto:

É o acontecimento futuro, possível, lícito e incerto, de natureza involuntária e imprevisível, **desde que ocorrido durante a validade da Apólice e que não esteja excluído pelas Condições Contratuais deste Seguro**, em virtude do qual o Beneficiário pode receber o Capital Segurado previsto nas coberturas contratadas.

1.16. Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica:

É o documento pelo qual o Beneficiário solicita a Indenização à Seguradora.

1.17. Coberturas:

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado, através de suas Condições Contratuais, quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

1.18. Grupo Segurável:

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante ou Subestipulante que reúne as condições para possível inclusão na Apólice coletiva.

1.19. Grupo Segurado:

É a totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice coletiva.

1.20. Indenização:

Valor, limitado ao Capital Segurado contratado, que a Seguradora deverá pagar ao(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

1.21. Início de Vigência:

É a data a partir da qual as coberturas contratadas serão cobertas pela Seguradora.

1.22. Médico:

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico o próprio Segurado, seu Cônjuge, seus Dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

1.23. Nota Técnica Atuarial:

É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

1.24. Prêmio:

Valor que o Segurado e/ou Estipulante ou Subestipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pelas coberturas contratadas.

1.25. Proposta de Contratação:

É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em caso de contratação coletiva, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de aderir ou contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

1.26. Riscos Excluídos:

Eventos preestabelecidos nas Condições Contratuais, que não serão cobertos pelo plano, ou seja, isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento relativo a estes eventos.

1.27. Seguradora:

É a Seguradora devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos das Condições Contratuais do Seguro contratado.

1.28. Segurado:

A pessoa física, sobre a qual se procede a avaliação do risco e que é efetivamente aceita pela Seguradora e incluída no Seguro.

1.29. Segurado Principal:

É o Segurado que mantém vínculo legal comprovado com o Estipulante ou com o Subestipulante.

1.30. Seguro de pessoas com capital global:

Modalidade de contratação coletiva, respeitados os critérios técnico-operacionais, forma e limites fixados pela SUSEP, segundo a qual o valor do capital Segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo Segurado.

1.31. Sinistro:

A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do Seguro.

1.32. Vigência da Apólice:

É o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

1.33. Vigência da Cobertura Individual:

É o período em que o Segurado está coberto pelas coberturas deste Seguro.

2. OBJETIVO

2.1. Este Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as Condições Contratuais.**

Parágrafo Único – DEVIDO À NATUREZA DO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, ESTE PLANO NÃO PERMITE CONCESSÃO DE RESGATE, SALDAMENTO OU DEVOLUÇÃO DE QUAISQUER VALORES DE PRÊMIOS PAGOS, UMA VEZ QUE CADA PRÊMIO É DESTINADO A CUSTEAR O RISCO DE PAGAMENTO DE CAPITAL SEGURADO NO PERÍODO.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. Poderão ser contratadas as seguintes Coberturas:

3.1.1. MORTE

3.1.1.1. É a cobertura do pagamento de um Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), caso o Segurado venha a falecer por qualquer causa, durante a vigência da Apólice.

3.1.1.2. 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:

- **incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**
- **não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

3.1.1.3. A Seguradora poderá, somente para os Segurados que não tenham contratado a Cobertura de IFPD e desde que estabelecido em Condições Contratuais, antecipar o pagamento de 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Morte em caso de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado. Esta antecipação também poderá ser concedida para o dependente cônjuge desde que contratada a Cobertura de Morte para o cônjuge.

3.1.1.4. Esta Cobertura poderá ser contratada isoladamente.

3.1.2. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD):

3.1.2.1. Garante ao Segurado, desde que este o requeira, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura de Morte, em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, consequente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no **Anexo I**.

3.1.3. AUXÍLIO FUNERAL

3.1.3.1. Garante o pagamento do Capital Segurado contratado para essa cobertura, conforme especificado nas Condições Contratuais, a título de auxílio no custeio das despesas havidas com o funeral.

3.1.3.2. Esta Cobertura poderá ser contratada isoladamente.

3.1.4. DECESSOS

3.1.4.1. 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), no limite do capital segurado para esta cobertura estipulado na proposta de adesão e acordado no contrato, em caso de falecimento do segurado designado no seguro.

3.1.4.2. Em caso de falecimento do(a) cônjuge ou filhos do segurado designados nos seguros contratados com participação dos mesmos, a prestação dos serviços funerários será extensiva também a eles.

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

- Urna/caixão;
- Carro para enterro (no município de moradia habitual);
- Carreto/caixão (no município de moradia habitual);
- Serviço assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual);
- Remoção do corpo/traslado (no município de moradia habitual);
- Repatriamento (até o município de moradia habitual);
- Paramentos (essa);
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- Véu; e
- Um enfeite e uma coroa.

3.1.4.4. Alcance da Cobertura

3.1.4.4.1. O objetivo da cobertura de Decessos deste seguro é a prestação do serviço do sepultamento ou, se for o caso, da cremação em consequência do falecimento de qualquer um dos segurados devidamente inclusos no mesmo.

3.1.4.4.2. Não obstante o acima mencionado, os beneficiários do falecido poderão renunciar à prestação desse serviço pela seguradora, recebendo, neste caso, a indenização correspondente ao capital segurado.

3.1.4.4.3. Se, em caso de força maior ou de circunstâncias alheias à seguradora, for impossível a prestação do serviço de sepultamento ou cremação, a seguradora ficará obrigada ao reembolso da cobertura.

3.1.4.5. OBRIGAÇÕES DOS BENEFICIÁRIOS

3.1.4.5.1. A família deverá fornecer à seguradora ou facilitar-lhe o acesso a toda espécie de informações sobre as circunstâncias do sinistro. O não cumprimento desta obrigação dará lugar à perda de direito à indenização no caso de culpa grave do segurado.

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

3.1.4.6. SERVIÇO E/OU PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

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

3.1.4.6.2. Se, excepcionalmente, o pagamento das despesas for efetuado por um representante da família do segurado, o mesmo será ressarcido mediante a apresentação dos comprovantes originais do pagamento. A seguradora efetuará o pagamento até o limite das despesas efetuadas, ou seja, desde que o valor não ultrapasse o capital individual contratado.

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

3.1.4.7. ABRANGEÊNCIA DA COBERTURA

3.1.4.7.1. Esta cobertura abrange o segurado devidamente incluído no seguro por meio da proposta de adesão.

3.1.4.8. FORMA DE SOLICITAÇÃO DO SERVIÇO

3.1.4.8.1. A família poderá acionar a seguradora por telefone para comunicar o óbito e solicitar os serviços funerários e de assistência. A seguradora enviará um representante que:

- a) em caso de falecimento e sepultamento dentro do município de moradia habitual no Brasil:**
 - Dirigir-se-á à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do município;
 - Irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
 - Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a a respeito das providências tomadas.
- b) em caso de falecimento no município de moradia habitual no Brasil com sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:**
 - Dirigir-se-á à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto 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.);
 - Irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
 - Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação e posicionando-a a respeito das providências tomadas.
- c) em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento no município de moradia habitual no Brasil:**
 - 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, onde será prestado também o serviço de sepultamento.

d) em caso de falecimento fora do município de moradia habitual no Brasil e sepultamento fora do município de moradia habitual no Brasil:

- 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
- O traslado do corpo será reembolsado pela seguradora, limitado aos valores equivalentes aos que seriam despendidos para o traslado à sua moradia habitual no Brasil.

3.1.4.9. SOLICITAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SEPULTAMENTO

3.1.4.9.1. Para utilizar o Decessos, o segurado, ou seus familiares, contará com a “Assistência 24 (vinte e quatro) Horas”, que pode ser acessada pelo(s) telefone(s) constante(s) no(s) documento(s) encaminhado(s) ao(s) segurado(s).

3.1.4.9.2. Esta cobertura poderá ser contratada isoladamente.

3.1.5. AUXÍLIO CESTA BÁSICA

3.1.5.1. Garante o pagamento do Capital Segurado, conforme especificado nas Condições Contratuais, a título de auxílio alimentação da família do Segurado ou à pessoa por ele indicada no período que se segue ao seu falecimento.

3.1.5.2. Esta Cobertura poderá ser contratada isoladamente.

3.1.6. CESTA BÁSICA

3.1.6.1. Garante a entrega de cesta(s) básica(s), conforme especificado nas Condições Contratuais, a título de auxílio alimentação da família do Segurado ou à pessoa por ele indicada no período que se segue ao seu falecimento ou o reembolso das despesas havidas com alimentação até o limite do Capital Segurado contratado para essa cobertura.

3.1.6.2. Esta Cobertura poderá ser contratada isoladamente.

3.2. As coberturas de Auxílio Funeral e Decessos não podem ser contratadas em conjunto.

3.3. As coberturas de Auxílio Cesta Básica e Cesta Básica não podem ser contratadas em conjunto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de 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, da utilização de meio de transporte arriscado, da prática de esporte ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;**
- d) Nos Seguros contratados por pessoas jurídicas, danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes;**
- e) de doenças preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação ou de Adesão (declaração pessoal de saúde e atividade), quando solicitada pela Seguradora, bem como suas consequências;**
- f) suicídio ou tentativa de suicídio e suas consequências, ocorrido dentro do prazo de até 02 (dois) anos de vigência individual da cobertura do seguro. O mesmo prazo aplica-se aos valores correspondentes ao aumento solicitado de Capital Individual de Referência, a contar da data de processamento da efetiva alteração pela seguradora;**
- g) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente.**

4.2. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estará também excluído da Cobertura de Decessos a consequência direta ou indireta da seguinte ocorrência:

- a) cremação para os segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço.**

4.3. Exclusão para Atos Terroristas

- 4.3.1. Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por atos terroristas, 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 atentório à ordem pública pela autoridade pública competente.**

5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

- 5.1. As coberturas do Seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.
- 5.2. A cobertura de decessos abrange a morte da segurada em qualquer parte do globo terrestre, sendo o serviço de sepultamento ou cremação restrito ao território brasileiro, porém com a prestação de serviço de traslado de qualquer parte do mundo até o município de moradia habitual no Brasil.
- 5.3. Para fins de decessos, será considerado “endereço de domicílio” o endereço de moradia habitual do segurado no Brasil.

6. CARÊNCIAS

- 6.1. O período de carência, definido nas Condições Contratuais, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual também estabelecido nas Condições Contratuais ou da sua recondução depois de suspenso.
- 6.2. Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses.**
- 6.3. Caso o Grupo Segurado seja transferido de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no Seguro pela Apólice anterior.
- 6.4. O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não poderá exceder metade do prazo de vigência.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 7.1. Poderão ser incluídos no Seguro os componentes do Grupo Segurável, mediante a assinatura e o preenchimento da Proposta de Contratação, seu representante ou corretor de seguros habilitado, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários.
- 7.2. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.
- 7.3. Recebida a Proposta de Contratação pela Seguradora, com todos os documentos exigidos para análise, terá início um período de 15 (quinze) dias, com cobertura condicional, no qual a Seguradora avaliará o risco.
- 7.4. O Seguro será automaticamente aceito, caso a Seguradora não manifeste a recusa da Proposta de Contratação por escrito ao Estipulante ou Subestipulante, no prazo de 15 (quinze) dias, devidamente justificada.
- 7.5. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias. Este prazo será suspenso quando a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos riscos, voltando a contar após a entrega dos mesmos.
- 7.6. Havendo a recusa, dentro do prazo anteriormente estabelecido, caso a Seguradora tenha recebido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, este valor será restituído ao Estipulante ou Subestipulante, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela, sob a forma “pro-rata tempore”, referente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.
- 7.6.1.** O valor a ser devolvido será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), pro rata temporis, correspondente ao período da data do pagamento até a data da restituição, que não poderá ser superior a 10 (dez) dias corridos da data da recusa.
- 7.6.2.** Caso a seguradora tenha recebido valor como adiantamento de prêmio, haverá cobertura do seguro até a data da formalização da recusa da proposta.
- 7.7. A inclusão de Segurados Dependentes poderá ser feita de forma automática: quando o Seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os Cônjuges e/ou filhos dos Segurados Principais considerados Dependentes pela legislação do Imposto de Renda.
- 7.7.1.** Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do segurado, desde que comprovada a união estável entre ambos por documentação oficial, e de acordo com a legislação em vigor.

- 7.7.2.** São equiparados aos filhos, os enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.
- 7.7.3.** Quando ambos os Cônjuges forem Segurados Principais do mesmo Grupo Segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado.
- 7.7.4.** O Cônjuge quando incluído no Seguro como Segurado Principal não poderá ser considerado Segurado Dependente e vice-versa.
- 7.8.** A cada segurado aceito será enviado um certificado individual.

8. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 8.1.** O início de vigência do risco individual iniciará às 24 (vinte e quatro) horas da data de recebimento e protocolo, pela Seguradora, da Proposta de Contratação, desde que esta tenha sido aceita; ou, se posterior, a data de inclusão do Empregado na GFIP, com código 01, consultando o SEFIP, ou no caso de Sócio, a data da inclusão no Contrato Social ou Estatuto do Estipulante ou Subestipulante. A inclusão do Empregado no Seguro está condicionada à aceitação do mesmo pela Seguradora.
- 8.2.** Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, a vigência da cobertura individual terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que tenha sido aceita, e vigorará pelo prazo determinado na proposta de adesão, mediante pagamento único ou pagamentos consecutivos e ininterruptos dos prêmios do seguro.
- 8.3.** Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de prêmio, a vigência da cobertura individual terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data do recebimento da proposta de adesão pela sociedade seguradora e, desde que tenha sido aceita, vigorará pelo prazo determinado na proposta de adesão, mediante pagamento único ou pagamentos consecutivos e ininterruptos dos prêmios do seguro.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 9.1.** Este Seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora à faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice.
- 9.2.** A vigência do Seguro é de 12 (doze) meses, podendo ser renovada automaticamente, uma única vez, salvo se a Seguradora ou o Estipulante ou Subestipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.
- 9.3.** Desde que estabelecido nas Condições Contratuais, o Seguro poderá ser contratado com vigência inferior a 12 (doze) meses. Neste caso o prêmio será calculado, no mínimo, na base “pro-rata tempore”.
- 9.4.** A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessário, desde que não implique em ônus ou dever ou redução de direitos para os Segurados.
- 9.5.** Será necessária a anuência de 3/4 (três quartos) dos Segurados para qualquer alteração da Apólice que acarrete ônus ou dever ou redução de direitos para o Segurado, inclusive quando da renovação da Apólice.
- 9.6.** Ao Estipulante ou Subestipulante fica assegurada a prorrogação automática da Apólice por período no mínimo correspondente à carência fixada.
- 9.7.** Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, deverá comunicar aos Segurados e/ou ao Estipulante ou Subestipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.
- 9.8.** Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).

10. CAPITAL SEGURADO

- 10.1.** O valor do Capital Segurado individual, igual para todos os Segurados, será apurado na data do evento, sendo equivalente ao valor do capital Segurado global dividido pelo número de Segurados.
- 10.2.** O número de Segurados será calculado com base no total de Empregados que constarem e tiverem recolhimento na GFIP, consultando o SEFIP, e dos sócios constantes no Contrato Social ou Estatuto do Estipulante ou Subestipulante, desconsiderando os Empregados recusados pela Seguradora.
- 10.3.** Caberá ao Estipulante ou Subestipulante informar a Seguradora as alterações ocorridas no número de Empregados.
- 10.4.** Para efeito de determinação do Capital Segurado, será considerada como data do evento:
- na cobertura de MORTE, a data do falecimento;
 - na cobertura de INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD), a data indicada na declaração médica,
 - nas coberturas de AUXÍLIO FUNERAL, FUNERAL, AUXÍLIO CESTA BÁSICA E CESTA BÁSICA, a data do falecimento.

10.5. O Capital Segurado da Cobertura do Dependente não poderá ser superior ao do Segurado Principal.

11. CORREÇÃO DOS VALORES DE PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO

11.1. Os Capitais Segurados e os Prêmios deste seguro serão corrigidos anualmente, por ocasião da renovação do seguro, pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), tomando-se por base o índice anual acumulado até o segundo mês imediatamente anterior à renovação do seguro, ou de acordo com outros fatores objetivos dispostos nas Condições Contratuais.

11.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV).

11.2. Não caberá atualização monetária nos contratos com vigência igual ou inferior a 1 (hum) ano.

11.3. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for único ou anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte ou invalidez, deverão ser atualizados pela variação positiva do IPCA / IBGE, desde a data da última atualização do prêmio até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.

11.4. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados, com anuência do Grupo Segurado, por determinação legal da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, que estabelecerá as novas condições a serem aplicadas.

11.5. Qualquer alteração de taxas de seguro, ainda que o plano preveja cláusula de reavaliação de taxas de seguro, por implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

12. PRÊMIO

12.1. O custeio do Seguro será não-contributário, em que os Segurados Principais não pagam prêmio.

12.2. O prêmio poderá ser mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, conforme o definido nas Condições Contratuais.

12.3. Os prêmios serão pagos pelo Estipulante ou Subestipulante, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito ou débito em conta corrente, conforme definido nas Condições Contratuais.

12.4. Os prêmios em atraso serão acrescidos da atualização de acordo com o índice estabelecido no item 11 destas Condições Gerais e de juros de 12% (doze por cento) ao ano, calculado na base “pro-rata tempore”, bem como de multa de 2% (dois por cento), aplicados de uma só vez.

12.5. Caso a data estabelecida nas Condições Contratuais para pagamento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão da cobertura.

12.6. Servirão de comprovante de pagamento do prêmio o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado.

12.7. Os valores de prêmio poderão ser reavaliados anualmente junto ao Estipulante ou Subestipulante, por ocasião da renovação da Apólice, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial deste Seguro.

12.8. Os novos valores de prêmio serão aplicados para as novas Apólices e quando das renovações das Apólices em vigor, caso haja acordo com o Estipulante ou Subestipulante.

13. CANCELAMENTO DO SEGURO

13.1. Havendo atraso no pagamento do prêmio, por período superior a 60 (sessenta) dias a contar da data de vencimento, a Seguradora se reserva o direito de cancelar automaticamente o Seguro.

13.2. Durante o período de inadimplência a cobertura do Seguro será mantida com consequente cobrança do Prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da Indenização paga ao(s) Beneficiário(s).

13.3. O Seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e, no caso de Seguro coletivo, deverá haver anuência expressa de Segurados que representem no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

13.4. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

13.5. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

I – a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

II – quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto abaixo:

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação a ser aplicado sobre a vigência original para a obtenção de prazo em dias	% do Prêmio	Relação a ser aplicado sobre a vigência original para a obtenção de prazo em dias	% do Prêmio
15/365	13	195/365	73
30/365	20	210/365	75
45/365	27	225/365	78
60/365	30	240/365	80
75/365	37	255/365	83
90/365	40	270/365	85
105/365	46	285/365	88
120/365	50	300/365	90
135/365	56	315/365	93
150/365	60	330/365	95
165/365	66	345/365	98
180/365	70	365/365	100

13.6. Para prazos não previstos na tabela acima, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente superior.

14. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 14.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada, observada a limitação constante no item 9- VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO destas Condições Gerais.
- 14.2. O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo fato suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se for provado que silenciou de má-fé.
- 14.3. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco sem culpa do Segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o Seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.
- 14.4. O cancelamento só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.
- 14.5. Caso haja diferença de valor de prêmio calculado proporcionalmente ao período a decorrer, esta será restituída ao Estipulante ou Subestipulante, atualizada de acordo com a legislação vigente.
- 14.6. Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado Principal cessa, ainda:
- com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante ou Subestipulante nos planos coletivos; ou
 - quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice.
- 14.7. Além das situações mencionadas anteriormente e de outras previstas nas Condições Contratuais, a cobertura de cada Segurado Dependente cessa:
- se for cancelada a respectiva Cláusula Suplementar;
 - com o cancelamento do Seguro do Segurado Principal;
 - se o Segurado Principal deixar o Grupo Segurado;
 - com a morte do Segurado Principal;
 - no caso de cessação da condição de dependente;
 - com a inclusão do dependente no Grupo Segurável Principal.

15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

15.1. O Segurado perderá o direito à Indenização, caso haja por parte do mesmo, seus representantes legais, corretor de Seguros, seus prepostos ou seus Beneficiários:

- O agravamento intencional do risco;
- Inobservância das obrigações convencionadas na Apólice, que acarretem agravação do risco coberto;
- Fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um evento coberto, ou ainda, agravando suas consequências; ou
- Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Contratação que tenham influenciado na aceitação do Seguro ou no valor do prêmio. Neste caso o Estipulante ou Subestipulante está obrigado a pagar o prêmio vencido.

15.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado e/ou do Estipulante ou Subestipulante, a Seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a) cancelar o Seguro, após o pagamento da Indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou 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 da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

16. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

16.1. Em caso de ocorrência de um evento coberto por este Seguro, o Beneficiário deverá comunicá-lo à Seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste item.

16.2. A partir da entrega de toda documentação exigível por parte do Beneficiário, a Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização.

16.3. Após este prazo, sobre os valores devidos incidirá, **desde a data do evento**, a atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido nestas Condições Gerais (item 11- Correção dos valores de Prêmio e do Capital Segurado), apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e o último publicado antes da data de sua efetiva liquidação. Também haverá a incidência de juros moratórios de 0,5% (meio por cento) ao mês, a partir do último dia previsto para o pagamento, bem como de multa de 2% (dois por cento), aplicados de uma só vez.

16.4. Nas coberturas internacionais os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

16.5. 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, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

16.6. **É facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do evento, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgar necessários à sua apuração. Neste caso, a contagem do prazo para pagamento da Indenização será suspensa e volta a contar a partir do dia útil subsequente àquele em que as solicitações forem completamente atendidas.**

16.7. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica formada de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, 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.

16.8. Havendo divergências sobre a escolha do médico desempataador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

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

16.10. A ocorrência do evento será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

16.10.1. Em caso de Morte:

16.10.1.1. Documentação Básica:

- Formulário “Informações Gerais” de Solicitação de Benefício fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido pelo Estipulante/Beneficiário, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal;
- Relatório Médico contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do segurado preenchido, carimbado e assinado pelo médico, com firma reconhecida;
- Carteira profissional atualizada (cópia de todas as páginas com anotações) O documento original deve ser apresentado para conferência no ato da entrega das cópias simples, sendo devolvido de imediato;
- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- Certidão de Nascimento do Segurado, se solteiro (cópia autenticada); ou
- Certidão de Casamento atualizada (pós óbito);
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Certidão de Nascimento/Casamento, RG e CPF do Beneficiário (cópia autenticada);
- 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, caso estes também sejam caracterizados como Beneficiários do Seguro;
- Cópia autenticada da declaração de imposto de renda onde consta que o cônjuge/companheiro(a) seja dependente do segurado(a).
- Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s) (cópia autenticada);
- Exames médicos (original);
- Informação de dados bancários dos Beneficiários;
- GFIP/ SEFIP do mês do evento e duas anteriores;
- Contrato do subestipulante vigente no mês de ocorrência do evento/comprovante de vínculo.

16.10.2. Em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:

16.10.2.1. Documentação Básica:

- Formulário de Solicitação de Benefício fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido pelo Estipulante/Segurado, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal;
- Relatório médico informando o diagnóstico, tratamento usado, alta definitiva e as sequelas definitivas, discriminadas em grau porcentual preenchido, carimbado e assinado pelo médico, com firma reconhecida;
- Exames médicos (original);
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Laudo expedido pelo médico assistente caracterizando a data do quadro clínico incapacitante, que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, com respectivos Exames médicos comprobatórios (original);
- Carteira profissional atualizada (cópia de todas as páginas com anotações). O documento original deve ser apresentado para conferência no ato da entrega das cópias simples, sendo devolvido de imediato;
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Informação de dados bancários do Segurado;
- GFIP/ SEFIP do mês do evento e duas anteriores;
- Contrato do subestipulante vigente no mês de ocorrência do evento/comprovante de vínculo.

16.10.3. Em caso de Decessos:

16.10.3.1. Em caso de reembolso, o(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) deverá(ão) encaminhar os comprovantes dos gastos com serviço(s) funerário(s) por meio de carta à seguradora.

16.10.3.2. Os documentos a serem enviados à seguradora são:

- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- RG/RNE e CPF da segurada (cópias autenticadas);
- RG/RNE, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral (cópias autenticadas); e
- Notas fiscais e recibos das despesas com o funeral (originais)
- GFIP/ SEFIP do mês do evento e duas anteriores.

16.11. O valor a ser reembolsado ao(s) beneficiário(s) será limitado ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

16.12. Caso proceda a recusa do sinistro após a prestação dos serviços funerários, a seguradora poderá requerer do beneficiário o valor correspondente às despesas com o funeral da segurada.

16.13. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições gerais do seguro, deverá comunicar o fato ao(s) beneficiário(s) por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

16.14. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

16.15. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

17. FORMAS DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- **MORTE E INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD):** A Indenização será paga sob a forma de pagamento único.
- **AUXÍLIO FUNERAL:** A Indenização será paga sob a forma de pagamento único.
- **FUNERAL:** A Indenização será paga de acordo com as Condições Contratuais.
- **AUXÍLIO CESTA BÁSICA:** A Indenização será paga sob a forma de pagamento único.
- **CESTA BÁSICA:** A Indenização será paga de acordo com o estabelecido nas Condições Contratuais.

18. BENEFICIÁRIOS

18.1. Na ocorrência de evento previsto, a Indenização será paga ao Segurado, quando couber, ou metade ao Cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária, conforme definido na legislação em vigor.

18.2. Os Segurados poderão, a qualquer momento, indicar ou substituir seu Beneficiário mediante comunicação por escrito à Seguradora.

18.3. Não poderá ser Beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.

18.4. No caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o próprio Segurado será o Beneficiário.

18.5. No caso de morte do dependente, incluído de forma automática, o Beneficiário será o Segurado Principal.

18.6. No caso de morte simultânea do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), a Indenização referente às coberturas do(s) Segurado(s) Principal e Dependente(s) deverá ser paga aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

18.7. No caso de Beneficiários menores de idade, a Indenização será paga da seguinte forma:

- a) **Pessoas de idade inferior a 16 (dezesseis) anos – pago, em nome do menor, ao seu representante legal;**
- b) **Pessoas de idade entre 16 (dezesseis) a 18 (dezoito), exclusive – pago ao menor, devidamente assistido por seu pai ou sua mãe, quando estes tiverem o pátrio poder, ou, finalmente, por seu tutor ou curador.**

18.8. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

19. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

19.1. A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante ou Subestipulante e/ou do Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais, Especiais, Nota Técnica Atuarial submetida à SUSEP e as Normas referentes à Apólice de Seguro.

20. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 20.1.** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 20.2.** 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.
- 20.3.** Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

21. SUB-ROGAÇÃO

- 21.1.** No seguro de pessoas, o segurador não pode se sub-rogar nos direitos e ações do segurado contra o causador do sinistro, conforme estabelecido no Código Civil vigente.

22. FORO

- 22.1.** Questões judiciais entre o Segurado ou Beneficiários e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

ANEXO I – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA**1. DO OBJETIVO**

- 1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado, **desde que este o requeira**, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Morte, em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, consequente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no item Dos Riscos Cobertos, **desta Cláusula, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições do item Do Cancelamento do Seguro e as constantes das Condições Contratuais.**

2. DA COBERTURA

- 2.1. A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item Da Liquidação do Sinistro.

2.2. Dos Riscos Cobertos

- 2.2.1. Considera-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada—segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro 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, em grau máximo;**
- f) **Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;**
- g) **Deficiência visual, decorrente de doença:**
 - **Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;**
 - **Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;**
 - **Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou**
 - **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:**
 - **Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou**
 - **Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou**
 - **Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.**

2.3. DOS DEMAIS RISCOS COBERTOS

- 2.3.1. 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.

- 2.3.2. 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 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).
- 2.3.3. 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.
- 2.3.4. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- 2.3.5. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- 2.3.6. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
- 2.3.7. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.
- 2.3.8. Se depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

3. DOS RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos mencionados no item Dos Riscos Excluídos, constante das Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:
- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
 - b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e
 - c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

4. DA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

- 4.1. Dos Documentos para Liquidação do Sinistro
- 4.1.1. Através do Formulário de Solicitação de Benefício, fornecido pela Seguradora preenchido e assinado pelo Segurado e Relatório Médico totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida, e, contendo as condições de saúde do segurado, retratando o Quadro Clínico Incapacitante.
- 4.1.2. A Declaração Médica deve indicar a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro).
- 4.1.3. **Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item Dos Riscos Cobertos.**
- 4.1.4. Ao Formulário de Solicitação de Benefício devem ser anexados:
- 1) Cópia autenticada do RG, CPF e do comprovante de residência do Segurado; a carteira profissional original atualizada; informação de dados bancários do Segurado; GFIP/ SEFIP do mês do evento e duas anteriores; contrato do Estipulante ou Subestipulante vigente no mês de ocorrência do evento/comprovante de vínculo.
 - 2) Relatório do médico-assistente do Segurado:
 - Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - Detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.
 - 3) 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.
 - 4) Fica facultado à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e ou, se for o caso, à sua liquidação.

4.1.5. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

4.2. DA DATA DO SINISTRO

4.2.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica.

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

4.3. DO NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

4.3.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

4.3.2. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

4.4. DA JUNTA MÉDICA

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

4.4.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

4.4.3. 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.

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

4.5. DAS DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

4.5.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

5. DA FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

5.1. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

6. DO CANCELAMENTO DO SEGURO

6.1. Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da Cobertura de Morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente Seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

6.2. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o Seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver das Condições Especiais e Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

ANEXO ÀS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL–IAIF
DOCUMENTO 1 - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º GRAU: O segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º GRAU: O segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º GRAU: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
CONNECTIVIDADE 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

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

GLOSSÁRIO PARA OS TERMOS RELACIONADOS À COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

- 1.1. **Agravo Mórbido** – Piora de uma doença.
- 1.2. **Alienação Mental** – Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
- 1.3. **Aparelho Locomotor** – Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 1.4. **Atividade Laborativa** – Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
- 1.5. **Auxílio** – A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 1.6. **Ato Médico** – Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 1.7. **Cardiopatia Grave** – Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 1.8. **Cognição** – Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 1.9. **Conectividade com a Vida** – Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- 1.10. **Consumção** – Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 1.11. **Dados Antropométricos** – No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- 1.12. **Deambular** – Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 1.13. **Declaração Médica** – Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 1.14. **Deficiência Visual** – Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 1.15. **Disfunção Imunológica** – Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 1.16. **Doença Crônica** – Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 1.17. **Doença Crônica em Atividade** – Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 1.18. **Doença Crônica de Caráter Progressivo** – Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 1.19. **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.
- 1.20. **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.
- 1.21. **Doença Profissional** – Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 1.22. **Estados Conexos** – Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 1.23. **Etiologia** – Causa de cada doença.
- 1.24. **Fatores de Risco e Morbidade** – Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 1.25. **Hígido** – Saudável.
- 1.26. **Médico Assistente** – Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 1.27. **Prognóstico** – Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 1.28. **Quadro Clínico** – Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 1.29. **Recidiva** – Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 1.30. **Refratariedade Terapêutica** – Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

- 1.31. **Relações Existenciais** – Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 1.32. **Sentido de Orientação** – Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 1.33. **Sequela** – Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 1.34. **Transferência Corporal** – Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

ANEXO II – CONDIÇÕES ESPECIAIS DE AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO

- 1.1. O Auxílio Funeral tem como objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado para essa cobertura, conforme especificado nas Condições Contratuais, a título de auxílio no custeio das despesas havidas com o funeral.

2. EXCLUSÕES DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL

- 2.1. Estão excluídas da Cobertura de Auxílio Funeral as mesmas exclusões da Cobertura de Morte, mencionadas nos itens 4.1 e 4.3 das Condições Gerais.

3. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para a liberação da Indenização do Auxílio Funeral, será necessária a apresentação da seguinte documentação:
- a) Cópia autenticada do CPF e RG do Segurado;
 - b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
 - c) Cópia autenticada do CPF e RG do Beneficiário;
 - d) Caso o Beneficiário seja a(o) Companheira(o) do Segurado: Documentação que comprove 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;
 - e) Cópia autenticada da declaração de imposto de renda onde consta que o cônjuge/companheiro(a) seja dependente do segurado(a).
 - f) Carta do Beneficiário, Estipulante ou do Corretor de Seguros, solicitando o benefício;
 - g) GFIP, SEFIP e contrato do subestipulante vigente no mês de ocorrência do evento/comprovante de vínculo.

4. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 4.1. O Segurado só terá direito a essa cobertura se a mesma for contratada através da Proposta, Certificado e/ou Contrato e enquanto o plano estiver vigente.
- 4.2. NÃO PODERÃO SER CONTRATADAS EM CONJUNTO AS COBERTURAS DE AUXÍLIO FUNERAL E DECESSOS.
- 4.3. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais e Contrato, que não modificados por esta Condição Especial.

ANEXO III – CONDIÇÕES ESPECIAIS DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA

1. OBJETIVO

- 1.1. Garante o pagamento do Capital Segurado, conforme especificado nas Condições Contratuais, a título de auxílio alimentação da família do Segurado ou à pessoa por ele indicada no período que se segue ao seu falecimento.

2. EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA

- 2.1. **Estão excluídos da cobertura de Auxílio Cesta Básica os mesmos riscos excluídos da Cobertura de Morte, mencionadas nos itens 4.1 e 4.3 das Condições Gerais.**

3. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para a liberação da Indenização do Auxílio Cesta Básica, será necessária a apresentação da seguinte documentação:
- a) Formulário de solicitação de Benefício fornecido pela Seguradora, preenchido e assinado pelo beneficiário
 - b) Relatório médico totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico Assistente, com firma reconhecida, contendo o histórico do atendimento, tratamento e a(s) causa(s) da morte do segurado;
 - c) Cópia autenticada do CPF e RG do Segurado;
 - d) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
 - e) Cópia autenticada do CPF e RG do(s) Beneficiário(s);
 - f) Cópia autenticada do Comprovante de Residência do(s) Beneficiários;
 - g) GFIP, SEFIP e contrato do subestipulante vigente no mês de ocorrência do evento/comprovante de vínculo.

4. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 4.1. **O Segurado só terá direito a essa cobertura se a mesma for contratada através da Proposta, Certificado e/ou Contrato e enquanto o plano estiver vigente.**
- 4.2. **NÃO PODERÃO SER CONTRATADAS EM CONJUNTO AS COBERTURAS AUXÍLIO CESTA BÁSICA E CESTA BÁSICA.**
- 4.3. **Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais e Contrato, que não modificados por esta Condição Especial.**

ANEXO IV – CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CESTA BÁSICA**1. OBJETIVO**

- 1.1. Garante a entrega de cesta(s) básica(s), conforme especificado nas Condições Contratuais, a título de auxílio alimentação à família do Segurado ou à pessoa por ele indicada, no período que se segue ao seu falecimento ou o reembolso das despesas havidas com alimentação até o limite do Capital Segurado contratado para essa cobertura.
- 1.2. A entrega da(s) cesta(s) básica(s) poderá ser realizada por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Seguradora, na hipótese do Beneficiário optar pela prestação de serviço.

2. EXCLUSÕES DA COBERTURA CESTA BÁSICA

- 2.1. Estão excluídas da Cobertura Cesta Básica as mesmas exclusões da Cobertura de Morte, mencionadas nos itens 4.1 e 4.3 das Condições Gerais.

3. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO**I) Caso haja a opção pela prestação do serviço:**

Em caso de falecimento, os familiares deverão contatar a empresa terceirizada, especificada nas Condições Contratuais, fornecendo os seguintes dados:

- Nome do Segurado;
- Nº de Apólice e/ou Certificado;
- Endereço;
- Local e telefone onde poderão ser encontrados os familiares;

Durante o atendimento poderão ser solicitados entre outros documentos a carteirinha do Segurado, a Proposta de Adesão ou ainda, eventualmente, documentos que comprovem a contratação do plano ou o vínculo do Segurado com o Estipulante ou Subestipulante.

Cooperação com a prestação do serviço:

Os familiares deverão cooperar com a empresa terceirizada, devidamente contratada pela Seguradora, a fim de possibilitar a prestação dos serviços especificados nas Condições Contratuais. Se julgar necessário, a empresa terceirizada **poderá solicitar o envio de documentos adicionais, às custas dos familiares, para a prestação do serviço.**

Qualquer reclamação sobre os serviços realizados pela empresa terceirizada deverá ser encaminhada à Seguradora dentro do prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data de ocorrência do evento.

II) Caso haja a opção pelo recebimento do reembolso :

O reembolso está limitado ao Capital Segurado definido para o plano contratado, devidamente especificado nas Condições Contratuais.

Para solicitar o Reembolso, será necessária a apresentação da seguinte documentação:

- a) Cópia autenticada CPF e RG do Segurado;
- b) Cópia autenticada Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia autenticada CPF e RG do Beneficiário;
- d) Caso o Beneficiário seja a(o) Companheira(o) do Segurado: Documentação que comprove 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;
- e) Cópia autenticada da declaração de imposto de renda onde consta que o cônjuge/companheiro(a) seja dependente do segurado(a).
- f) Carta do Beneficiário, Estipulante ou do Corretor de Seguros, solicitando o benefício;
- g) Notas fiscais originais comprobatórias do pagamento das despesas efetuadas;
- h) Autorização do Beneficiário para restituição a um terceiro, quando esse tiver pago os custos em questão. Neste caso, também deverá ser encaminhado cópia autenticada do RG e CPF do terceiro;
- i) GFIP, SEFIP e contrato do subestipulante vigente no mês de ocorrência do evento/comprovante de vínculo.

4. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 4.1. O Segurado só terá direito a essa cobertura se a mesma for contratada através da Proposta, Certificado e/ou Contrato e enquanto o plano estiver vigente.
- 4.2. **NÃO PODERÃO SER CONTRATADAS EM CONJUNTO AS GARANTAS CESTA BÁSICA E AUXÍLIO CESTA BÁSICA.**
- 4.3. Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais e Contrato, que não modificados por esta Condição Especial.

ANEXO V – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

- 1.1. Esta Cláusula tem como objetivo incluir os Cônjuges dos Segurados Principais no Seguro, respeitadas as Condições Contratuais.

2. COBERTURAS

- 2.1. Poderão ser contratadas as mesmas coberturas concedidas para o Segurado Principal, **exceto a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.**

3. ACEITAÇÃO

- 3.1. A aceitação no Seguro de todos os Cônjuges dos Segurados Principais é realizada **automaticamente**, mediante o pagamento do prêmio, desde que a mesma seja aceita pela Seguradora. Poderão ser exigidos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
- 3.2. Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do segurado, desde que comprovada a união estável entre ambos por documentação oficial, e de acordo com a legislação em vigor.
- 3.3. **Não poderão participar desta Cláusula os Cônjuges que façam parte do Grupo Segurável de Segurados Principais.**

4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 4.1. O início de vigência corresponderá ao início da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, para o Cônjuge admitido no Seguro simultaneamente com o mesmo.
- 4.2. Caso o Cônjuge seja incluído no Seguro após o início de vigência individual do respectivo Segurado Principal, terá cobertura conforme critério definido no item 8- VIGÊNCIA E COBERTURA INDIVIDUAL das Condições Gerais.

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1. Em caso de morte do Cônjuge, o **Capital Segurado** será devido ao Segurado Principal.

6. DISPOSIÇÃO FINAL

- 6.1. **Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais e Contrato, que não modificados por esta Cláusula Suplementar.**

ANEXO VI – CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS

1. OBJETIVO

1.1. Esta Cláusula tem como objetivo incluir os filhos dos Segurados Principais respeitadas as Condições Contratuais.

2. COBERTURAS

2.1. Poderão ser contratadas as mesmas coberturas concedidas para o Segurado Principal, **exceto a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.**

Também poderá ser contratada a cobertura de Invalidez por Doença Congênita.

2.2. **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:**

- **Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**
- **Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

2.3. **INVALIDEZ POR DOENÇA CONGÊNITA:** É a Antecipação do Capital Segurado da cobertura de Morte para Dependente Filho, quando ocorrer o nascimento 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.

2.3.1. Desde que comprovada a Invalidez por Doença Congênita, nos termos destas Condições Contratuais, e efetuado o pagamento da Indenização, a presente cláusula é cancelada, imediata e automaticamente. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

3. ACEITAÇÃO

3.1. A aceitação no Seguro é realizada **automaticamente**, mediante o pagamento do prêmio, desde que aceito pela Seguradora, podendo ser exigida a entrega de documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

3.2. São equiparados aos filhos, os enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda.

3.3. **Quando ambos os Cônjuges forem componentes do Grupo Segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependente daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal.**

4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

4.1. O início de vigência corresponderá ao início da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, para o filho admitido no Seguro simultaneamente com o mesmo.

4.2. Caso o filho seja incluído no Seguro após o início de vigência individual do respectivo Segurado Principal, terá cobertura conforme critério definido no item 8- Vigência da Cobertura Individual das Condições Gerais.

5. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA DE INVALIDEZ POR DOENÇA CONGÊNITA

5.1. **A Doença Congênita deve ser comprovada por documentação médica pertinente até o 6º (sexto) mês após o dia do nascimento do Filho, devendo, ainda, ser reconhecida pela Seguradora.**

5.2. **No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez por Doença Congênita, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica.**

5.3. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

5.4. 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.

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

5.6. Para a liberação da Indenização da Cobertura de Invalidez por Doença Congênita, será necessária a apresentação da seguinte documentação:

- Formulário de Solicitação de Benefício fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido pelo Estipulante/Segurado, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal;
- Relatório médico, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo médico, com firma reconhecida, contendo diagnóstico, tratamento usado e sequelas existentes;
- Exames médicos (originais);
- Certidão de Nascimento do Dependente Filho (cópia autenticada);
- RG e CPF do Segurado;

5.7. A indenização das demais coberturas fica condicionada às regras previstas no item 16 das Condições Gerais.

6. BENEFICIÁRIO

6.1. Em caso de morte do filho, o **Capital Segurado** será devido ao Segurado Principal.

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

7.1. **Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais e Contrato, que não modificados por esta Cláusula Suplementar.**

OUVIDOR

Atuar, na relação contratual com a Seguradora, de forma isenta e independente, com caráter mediador, pedagógico e estratégico, na defesa dos direitos dos consumidores e atuar como canal de comunicação entre a seguradora e os consumidores de seus produtos e serviços, esclarecendo, prevenindo e solucionando conflitos.

O Ouvidor recebe as manifestações dos consumidores que não foram solucionadas em primeira instância, por outros canais de atendimento e de apoio ao consumidor.

CANAIS DE ACESSO

Ouvidoria: 0800 775 1079 ou pelo site www.mapfre.com.br

Ouvidoria para deficientes auditivos ou de fala: 0800 962 7373

Horário de atendimento: das 8h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.



A atuação ética é um dos princípios institucionais do GRUPO BB E MAPFRE. Para garantir ainda mais a segurança e tranquilidade aos clientes, a MAPFRE Seguros divulga o serviço de DISQUE DENÚNCIA, um importante meio de prevenção e redução de fraudes.

Um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo.

Pela coragem e respeito por você, busca-se constantemente a transparência nos processos e produtos.