

SEGURO DE VIDA – faixa etária

Condições Contratuais

Versão 2.0

CNPJ 54.484.753/0001-49
Processo SUSEP nº 15414.900184/2014-29

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS	6
1. OBJETIVO DO SEGURO	6
2. GLOSSÁRIO	6
3. COBERTURAS DO SEGURO	10
4. RISCOS EXCLUÍDOS	12
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	13
6. CARÊNCIA	13
7. FRANQUIA	14
8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA	14
9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL AO SEGURO	15
10. BENEFICIÁRIOS	17
11. CAPITAL SEGURADO	19
12. CUSTEIO DO SEGURO	19
13. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS	19
14. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA	21
15. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA	21
16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL	22
17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS	23
18. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO	24
19. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	24
20. CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA	25
21. PERDA DE DIREITOS	25
22. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	27
23. ALTERAÇÕES DA APÓLICE	31
24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE (SE HOUVER)	31
25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	33
26. PRESCRIÇÃO	33
27. FORO	33
28. DISPOSIÇÕES GERAIS	34
CONDIÇÕES ESPECIAIS	35
COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M	35
1. OBJETIVO DA COBERTURA	35
2. RISCOS EXCLUÍDOS	35
3. CAPITAL SEGURADO	35
4. DATA DO EVENTO	35
5. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	35
6. DISPOSIÇÕES GERAIS	36
COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA	37
1. OBJETIVO DA COBERTURA	37
2. RISCOS EXCLUÍDOS	37
3. CAPITAL SEGURADO	37
4. DATA DO EVENTO	37
5. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	37
6. DISPOSIÇÕES GERAIS	38
COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL POR ARMA DE FOGO – MA-AF	39
1. OBJETIVO DA COBERTURA	39
2. DEFINIÇÕES	39

3. RISCOS EXCLUÍDOS	39
4. CAPITAL SEGURADO.....	39
5. DATA DO EVENTO.....	39
6. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	39
7. DISPOSIÇÕES GERAIS	40
COBERTURA BÁSICA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE – AAM	41
1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	41
2. RISCOS EXCLUÍDOS	41
3. CAPITAL SEGURADO.....	41
4. DATA DO EVENTO.....	41
5. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	41
6. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	41
7. DISPOSIÇÕES GERAIS	42
COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS COM INVENTÁRIO – MORTE – DI-M	43
1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	43
2. DEFINIÇÕES.....	43
3. RISCOS EXCLUÍDOS	43
4. CAPITAL SEGURADO.....	43
5. DATA DO EVENTO.....	43
6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	43
7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	43
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	44
COBERTURA ADICIONAL DE DECESSOS – DE	45
1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	45
2. DEFINIÇÕES.....	48
3. RISCOS EXCLUÍDOS	48
4. CAPITAL SEGURADO.....	48
5. DATA DO EVENTO.....	48
6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	49
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	49
8. BENEFICIÁRIO	49
9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	49
10. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	50
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA.....	51
1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	51
2. DEFINIÇÕES.....	51
3. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE	51
4. RISCOS EXCLUÍDOS	52
5. CAPITAL SEGURADO.....	52
6. DATA DO EVENTO.....	53
7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	53
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	53
9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	53
10. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	54
COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – AUTÔNOMA – IFPD	55
1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	55
2. DEFINIÇÕES.....	55
3. RISCOS COBERTOS.....	57
4. RISCOS EXCLUÍDOS	58

5. CAPITAL SEGURADO.....	58
6. DATA DO EVENTO.....	59
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	59
8. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	59
9. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.....	60
10. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO	60
11. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	60
COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES OU PROCEDIMENTO PREVISTO – DG.....	61
1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	61
2. DEFINIÇÕES.....	61
3. RISCOS COBERTOS.....	61
4. PERÍODO DE SOBREVIVÊNCIA	62
5. RISCOS EXCLUÍDOS	62
6. CAPITAL SEGURADO.....	63
7. DATA DO EVENTO.....	64
8. CARÊNCIA.....	64
9. FRANQUIA.....	64
10. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	64
11. BENEFICIÁRIO.....	64
12. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	64
13. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	66
COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – DC.....	67
1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	67
2. DEFINIÇÕES.....	67
3. RISCOS COBERTOS.....	68
4. RISCOS EXCLUÍDOS	69
5. CAPITAL SEGURADO.....	69
6. DATA DO EVENTO.....	69
7. CARÊNCIA.....	69
8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	69
9. BENEFICIÁRIO	70
10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	70
11. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	70
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) – IAC	71
1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	71
2. RISCOS EXCLUÍDOS	71
3. CAPITAL SEGURADO.....	71
4. DATA DO EVENTO.....	71
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	72
6. INÍCIO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)	72
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)	72
8. BENEFICIÁRIO	72
9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	72
10. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	73
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS – IAF	74
1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	74
2. RISCOS EXCLUÍDOS	74
3. CAPITAL SEGURADO.....	74
4. DATA DO EVENTO.....	75
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	75

6. INÍCIO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)	75
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)	75
8. BENEFICIÁRIO	75
9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	75
10. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	76
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) – IFC.....	77
1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	77
2. RISCOS EXCLUÍDOS	77
3. CAPITAL SEGURADO.....	77
4. DATA DO EVENTO.....	77
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	78
6. INÍCIO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)	78
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)	78
8. BENEFICIÁRIO	78
9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	78
10. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	79
COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHOS – IFF.....	80
1. OBJETIVO DA COBERTURA.....	80
2. RISCOS EXCLUÍDOS	80
3. CAPITAL SEGURADO.....	80
4. DATA DO EVENTO.....	80
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	81
6. INÍCIO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)	81
7. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)	81
8. BENEFICIÁRIO	81
9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	81
10. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	81
ANEXO I.....	82
TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE	82
ANEXO II.....	86
ANEXO III.....	88

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir, mediante o recebimento do prêmio, o pagamento de indenização ao(s) beneficiário(s) do seguro, respeitadas as condições contratuais em vigor na data da ocorrência do evento coberto, as coberturas contratadas e os limites de capitais segurados contratados, **observados os riscos expressamente excluídos, as hipóteses de perda do direito ao pagamento do capital segurado, a vigência do contrato de seguro e as demais disposições contratuais.**

2. GLOSSÁRIO

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

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, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a 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 suas tentativas; e
 - a.5) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.
- b) Excluem-se do conceito de Acidentes Pessoais:
- b.1) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
 - b.2) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal;
 - b.3) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
 - b.4) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de "invalidez por acidente pessoal", conforme definido neste item do Glossário.

Agravamento do Risco: circunstâncias que aumentam, de forma significativa e continuada, a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora e devem ser informadas à Seguradora sob pena

de perda do direito à garantia.

Apólice: documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), nos planos coletivos, bem como estabelece os direitos e obrigações das partes.

Aviso de Sinistro: comunicação que deve ser feita à Seguradora imediatamente após a ocorrência do evento passível de cobertura sob a Apólice, sob pena de perda do direito à indenização ou ao capital segurado.

Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores do capital segurado, respeitada a cobertura contratada, na hipótese de evento coberto.

Boa-fé: princípio fundamental do seguro que obriga as partes a atuarem com honestidade, lealdade, integridade e fidelidade ao cumprimento das leis e ao contrato do seguro. O segurado se obriga a prestar informações e descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência de sinistro. A seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes.

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

Carência: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, 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.

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

Cobertura: obrigação que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, descrita nas condições contratuais, observados os riscos expressamente excluídos e as hipóteses de perda de direito as coberturas.

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

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

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

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

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

Contrato Coletivo: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades particularidades operacionais e as obrigações do Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) e a Seguradora, em especial no que se refere às relações com o Segurado, Beneficiário e assistido, de forma complementar às Condições Contratuais.

Corretor de Seguros: é o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e legalmente autorizado a angariar e promover Contratos de Seguro. **O Corretor de seguros responde de forma civil e regulatória pelos prejuízos que causar no exercício da sua profissão, por ação, omissão dolosa ou culposa.** O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor no site www.susep.gov.br por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

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

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

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

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

Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências: são as doenças ou lesões, inclusive congênitas, contraídas pelo segurado em data anterior à adesão ao seguro, de seu conhecimento, não declarada na Proposta e/ou Questionário de Avaliação de Risco. **A omissão dessas doenças ou lesões por ocasião da contratação do seguro ensejará a perda do direito à indenização.**

Doença em Estágio Terminal: Aquela em estágio sem alternativa terapêutica e perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

Domicílio do Segurado: endereço em que o segurado mantém sua residência habitual no Brasil.

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

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

Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais e ocorrido durante a Vigência do Seguro, passível de ser indenizado pela Seguradora em favor do Segurado ou Beneficiário(s) enquadrado nas Cobertura previstas na Apólice contratual.

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

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

Grupo Segurado: totalidade do grupo segurável efetivamente aceito e incluído na apólice coletiva.

Grupo Segurável: totalidade de pessoas físicas vinculadas ao estipulante ou subestipulante (se houver), e que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

Indenização: valor máximo a ser pago pela Seguradora quando da ocorrência do Evento Coberto, observada a dedução da Franquia e o(s) limite(s) da(s) cobertura(s) contratada(s) da Cobertura contratada.

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

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

Médico/Médico Assistente: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, de escolha do segurado, responsável por seu acompanhamento clínico e diagnóstico do segurado. **A seguradora não aceitará que seja nomeado 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.**

Prazo de Tolerância: intervalo de tempo estabelecido nos documentos contratuais durante o qual, na ocorrência de evento coberto, o segurado terá direito à Cobertura, mediante a regularização do Prêmio em atraso.

Prêmio: importância fixada na Apólice/Certificado Individual e paga à Seguradora como contraprestação pela garantia do risco e do interesse legítimo do Segurado ou do Beneficiário.

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

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

Proposta de Adesão: documento preenchido pelo Proponente, seu representante legal, ou Corretor de Seguros, contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais. A proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.

Proposta de Contratação: documento preenchido pelo Proponente Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), seu representante legal, ou Corretor de Seguros, contendo a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente expressa a intenção de contratar uma Cobertura (ou Coberturas) do seguro e manifesta pleno conhecimento das Condições Contratuais. A proposta é a base do contrato de seguro e é parte integrante deste.

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

Questionário de Avaliação do Risco: formulário preenchido para a contratação do seguro, fornecendo as informações necessárias à aceitação da Proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio. A prestação de informações inverídicas ou incompletas no Questionário de Análise do Risco, ou, ainda, a omissão de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, poderá acarretar a perda da garantia, sem prejuízo do pagamento do Prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, ou a redução proporcional da garantia, na forma prevista nas Condições Gerais.

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

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

Relatório Médico: documento na forma de relatório ou similar, preenchido por médico com a finalidade de registrar sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Reintegração do Capital Segurado: recomposição do capital segurado relativo a uma ou mais das coberturas contratadas, após o pagamento de uma indenização, desde que não se trate de cobertura que preveja o cancelamento da cobertura/apólice.

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

Risco Excluído: evento potencialmente danoso não coberto pela Apólice, seja em razão de sua previsão expressa nas cláusulas de Riscos Excluídos, seja por não se enquadrar entre os riscos cobertos pela Apólice.

Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro. No caso de contratação por pessoa jurídica, o(s) Segurado(s) será(ão) o(s) sócio(s), titular(es), instituidor(es), administrador(es) ou empresário(s) integrante(s) do quadro social da empresa na data de contratação do seguro.

Segurado Principal: segurado que possui vínculo com o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver).

Seguradora: empresa legalmente autorizada a comercializar seguro e que, mediante o recebimento de Prêmio, garante interesse legítimo do legítimo do Segurado ou do Beneficiário contra riscos predeterminados. Para o presente seguro, é a Mapfre Vida S.A..

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

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

Vigência do Seguro: período definido na Apólice do seguro durante o qual está em vigor o contrato de seguro, mediante o pagamento dos prêmios devidos à Seguradora.

Vigência Individual: período de tempo fixado no certificado individual em que o segurado permanece amparado pelo seguro, mediante o pagamento dos prêmios devidos à seguradora.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. O plano de seguro é contratado pelo estipulante e/ou subestipulante por meio da proposta de contratação, contendo as seguintes coberturas: básicas, adicionais e suplementares. As coberturas contratadas estarão especificadas na apólice.

3.2. É facultada ao proponente a escolha das coberturas do seguro, respeitando as regras de conjugação de planos indicadas nesta cláusula, aplicáveis a todo o grupo segurado. **O conjunto das coberturas contratadas deverá ser identificado na proposta de adesão, sendo obrigatória a contratação de todas as coberturas básicas relacionadas abaixo:**

3.2.1. Coberturas Básicas

- a) Morte – M
- b) Morte Acidental – MA
- c) Morte Acidental por Arma de Fogo – MA–AF
- d) Auxílio Alimentação por Morte – AAM
- e) Despesas com Inventário – Morte – DI–M

3.2.2. Coberturas Adicionais

- a) Decessos – DE
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
- c) Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Autônoma – IFPD
- d) Doenças Graves ou Procedimento Previsto – DG
- e) Diagnóstico de Câncer – DC

3.2.3. Coberturas Suplementares

- a) Inclusão Automática de Cônjuge ou Companheiro(a) – IAC
- b) Inclusão Automática de Filhos – IAF
- c) Inclusão Facultativa de Cônjuge ou Companheiro(a) – IFC
- d) Inclusão Facultativa de Filhos – IFF

3.3. AS COBERTURAS BÁSICAS DESTES SEGUROS SÓ PODERÃO SER CONTRATADAS EM CONJUNTO.

3.4. Para a contratação de coberturas adicionais e/ou suplementares, será obrigatória a contratação das coberturas básicas. QUANDO DA CONJUGAÇÃO DE COBERTURAS DEVERÃO SER OBSERVADAS AS SEGUINTE DISPOSIÇÕES

3.5. As coberturas adicionais de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Autônoma – IFPD, Doenças Graves ou Procedimento Previsto – DG e Diagnóstico de Câncer – DC NÃO podem ser contratadas em conjunto.

3.6. Os planos de Decessos Individual – DE-I e Decessos Familiar – DE-F oferecidos na cobertura adicional de Decessos – DE NÃO podem ser contratadas em conjunto.

3.7. A contratação das coberturas suplementares de Inclusão Automática de Cônjuge ou Companheiro(a) – IAC e de Inclusão Facultativa de Cônjuge ou Companheiro(a) – IFC prevêem, apenas, a cobertura básica de Morte – M, desde que haja a contratação da mesma cobertura ao segurado principal.

3.8. As coberturas suplementares de Inclusão Automática de Cônjuge ou Companheiro(a) – IAC e de Inclusão Facultativa de Cônjuge ou Companheiro(a) – IFC não podem ser contratadas em conjunto.

3.9. A contratação das coberturas suplementares de Inclusão Automática de Filhos – IAF e de Inclusão Facultativa de Filhos – IFF prevêem, apenas, a cobertura básica de Morte – M, desde que haja a contratação da mesma cobertura ao segurado principal.

3.10. As coberturas suplementares de Inclusão Automática de Filhos – IAF e de Inclusão Facultativa de Filhos – IFF NÃO podem ser contratadas em conjunto.

3.11. EM CASO DE INCLUSÃO DE MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS, É PERMITIDO, EXCLUSIVAMENTE, O OFERECIMENTO DE COBERTURAS RELACIONADAS AO REEMBOLSO DE DESPESAS, SEJA NA CONDIÇÃO DE SEGURADO PRINCIPAL OU DE DEPENDENTE.

3.12. As coberturas previstas nestas condições gerais somente terão validade quando contratadas e expressamente incluídas na apólice pelo contrato e/ou seu endosso e no certificado individual.

3.13. A definição de cada uma das coberturas mencionadas nestas condições gerais, seus respectivos objetivos, seus riscos excluídos específicos, capital(is) segurado(s) e demais disposições estão determinados nas respectivas condições especiais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DESTAS CONDIÇÕES GERAIS, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:**
- A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, AINDA QUE OCORRIDOS EM TESTES, EXPERIÊNCIAS OU NO TRANSPORTE DE ARMAS E/OU PROJÉTEIS NUCLEARES, INCLUINDO EXPLOÇÃO NUCLEAR, PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**
 - B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO SE FOR COMPROVADO QUE O EVENTO TENHA DECORRIDO DO TRABALHO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MILITARES, DE ATOS HUMANITÁRIOS, DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE ARRISCADO OU DA PRÁTICA DESPORTIVA;**
 - C) DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO E QUE NÃO TENHAM SIDO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESAO E/OU NO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO;**
 - D) ATOS ILÍCITOS DOLOSOS OU CULPA GRAVE PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO; 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) EPIDEMIAS E PANDEMIAS DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, A FEBRE AFTOSA, A MALÁRIA, A DENGUE, A MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS;**
 - F) DE SUICÍDIO, SUAS CONSEQUÊNCIAS OU SUA TENTATIVA, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS DE VIGÊNCIA ININTERRUPTOS DO SEGURO, CONTADOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO OU DA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO, OU AINDA, AS SOLICITAÇÕES DE INCLUSÃO DE COBERTURA. NESTAS HIPÓTESES, A EXCLUSÃO SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA;**
 - G) INUNDAÇÃO, TUFÃO, FURACÃO, ERUPÇÃO VULCÂNICA, TEMPESTADE, TERREMOTO, CICLONE, MAREMOTO OU QUALQUER OUTRA CONVULSÃO DA NATUREZA DE CARÁTER EXTRAORDINÁRIO;**
 - H) PARTICIPAÇÃO ILEGAL DO SEGURADO EM DESAFIOS E BRIGAS, EXCETO NOS CASOS DE PRÁTICA DE ESPORTE, LEGÍTIMA DEFESA OU ESTADO DE NECESSIDADE;**
 - I) DOAÇÃO E TRANSPLANTE INTERVIVOS;**
 - J) EVENTOS EM QUE O SEGURADO TENHA INTENCIONALMENTE ATENTADO CONTRA A VIDA E INTEGRIDADE FÍSICA DE OUTREM CONSUMADO OU NÃO, EXCETO EM CASO DE LEGÍTIMA DEFESA OU ASSISTÊNCIA À PESSOA EM PERIGO; E**
 - K) ATOS DOLOSOS, PRATICADOS PELO SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE, DECORRENTES DE VIOLAÇÃO DE LEIS OU NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS OU COMERCIAIS, QUE REPRESENTEM NEXO CAUSAL COM O EVENTO GERADOR DO SINISTRO.**
 - L) DE QUAISQUER PAGAMENTOS, MESMO EM CONSEQUÊNCIA DE EVENTO COBERTO, DECORRENTES DE DANOS MORAIS E DANOS ESTÉTICOS, E DE LUCROS CESSANTES RESULTANTES DA PARALISAÇÃO, TEMPORÁRIA OU DEFINITIVA, DAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS DO SEGURADO EM VIRTUDE DA OCORRÊNCIA DE QUALQUER RISCO COBERTO E INDENIZÁVEL.**

- 4.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE, NÃO ESTARÃO COBERTOS OS DANOS E AS PERDAS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVÁ-LO 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.**
- 4.3. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NOS ITENS 4.1 E 4.2, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS PARA ACIDENTES PESSOAIS, OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DIRETA OU INDIRETA:**
- A) AS DOENÇAS, INCLUÍDAS AS DECORRENTES DE SEQUESTROS E SUAS TENTATIVAS;**
 - B) A DOENÇA CONHECIDA COMO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC (EXCETO SE CONTRATADA A COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA);**
 - C) DE ACIDENTES OCORRIDOS EM DATA ANTERIOR À CONTRATAÇÃO DO SEGURO;**
 - D) AS DOENÇAS 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 PESSOAL COBERTO;**
 - E) 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;**
 - F) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE PESSOAL COBERTO;**
 - G) PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS;**
 - H) ACIDENTE QUANDO O SEGURADO ESTIVER CONDUZINDO VEÍCULO AUTOMOTOR, AERONAVE OU EQUIPAMENTO SEM A DEVIDA APTIDÃO, HABILIDADE OU HABILITAÇÃO ESPECÍFICA E TENHA DADO CAUSA AO SINISTRO; E**
 - I) 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.**
- 4.4. OS DEMAIS RISCOS EXCLUÍDOS, ESPECÍFICOS POR COBERTURA, ESTÃO EXPRESSAMENTE DEFINIDOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA RESPECTIVA COBERTURA.**

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. CARÊNCIA

- 6.1. PODERÃO SER APLICADAS CARÊNCIAS NAS COBERTURAS CONTRATADAS, CUJOS PRAZOS ESTARÃO PREVISTOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CADA COBERTURA E NO CONTRATO DE**

SEGURO, SENDO TAMBÉM DEFINIDA NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA APÓLICE.

- 6.2. HAVERÁ CARÊNCIA NOS 2 (DOIS) PRIMEIROS ANOS DE VIGÊNCIA DE SEGURO, PARA A TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.**
- 6.3. O PRAZO DE CARÊNCIA SERÁ CONTADO A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL OU EM RELAÇÃO AO VALOR DO AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO OU DA COBERTURA INCLUÍDA, EM CASO DE SUA ALTERAÇÃO NA VIGÊNCIA DO CONTRATO DE SEGURO. NESTAS HIPÓTESES, A CARÊNCIA SOMENTE SE APLICA À DIFERENÇA DO CAPITAL SEGURADO AUMENTADO OU À COBERTURA INCLUÍDA.**
- 6.4. O PERÍODO DE CARÊNCIA PARA AS COBERTURAS CONTRATADAS DEVERÁ SER DE, NO MÁXIMO, 2 (DOIS) ANOS, ENTRETANTO, O PRAZO DE CARÊNCIA NÃO PODERÁ EXCEDER METADE DO PRAZO DE VIGÊNCIA DO CERTIFICADO DO SEGURO.**
- 6.5. NOS CASOS DE PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE RISCO, A CARÊNCIA PODERÁ SER DISPENSADA APÓS ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO.**
- 6.6. 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.**
- 6.7. Não há carência quando ocorrer renovação do Seguro e em sinistros decorrentes de Acidente Pessoal, exceto no caso de tentativa ou consumação de suicídio e suas consequências.**
- 6.8. Ocorrendo o sinistro durante o prazo de carência, o valor do prêmio pago será entregue pela seguradora ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), deduzidos os impostos incidentes.**

7. FRANQUIA

- 7.1. AS FRANQUIAS APLICADAS ESTARÃO PREVISTAS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CADA COBERTURA, SENDO TAMBÉM DEFINIDA NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO E NA APÓLICE.**

8. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA

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

- 8.1.1.1. O simples pedido de cotação à Seguradora não equivale à Proposta de Contratação.**

- 8.1.2. Na Proposta, deverão ser prestadas pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) todas as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o Questionário de Análise de Risco que lhe submeta a Seguradora, sob pena de perda do direito a qualquer indenização, na forma prevista pela CLÁUSULA 21 - PERDA DE DIREITOS.**

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

- 8.1.4. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da**

Proposta de Contratação, de alteração ou renovação, para avaliar o risco e então aceitá-la ou recusá-la.

8.1.5. A Seguradora, dentro do prazo estabelecido no item anterior, poderá solicitar esclarecimentos, documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido, reiniciando-se a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.

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

8.1.7. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto na Cláusula 8.1.4, respeitada as condições de interrupção, caracterizará a aceitação tácita da Proposta.

8.1.8. A aceitação do Contrato coletivo se formalizará com a emissão da Apólice de seguro pela Seguradora no início do Contrato, e em cada renovação, e, eventual alteração na Apólice vigente se formalizará com a emissão do competente Endosso, em até 30 (trinta) dias, a partir da data de aceitação da Proposta de Contratação.

8.1.8.1. A data de aceitação da Proposta será:

- I. A data de emissão/disponibilização da Apólice; ou
- II. A data de término do prazo previsto na Cláusula 8.1.4, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.

8.1.9. Não se presume que a Seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem da Proposta, do Questionário de Avaliação do Risco, nem daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma estipulada na CLÁUSULA 24 – OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE.

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

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

9. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL AO SEGURO

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

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

9.2. Na Proposta de Adesão deverão ser prestadas pelo potencial Segurado todas as informações necessárias à aceitação do risco e à fixação da taxa para cálculo do valor do Prêmio, de acordo com o Questionário de Análise de Risco que lhe submeta a seguradora, sob pena de perda do direito a qualquer indenização, na forma prevista pela CLÁUSULA 21. PERDA DE DIREITOS.

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

9.2.2. O Proponente e os terceiros intervenientes no contrato, ao responderem ao Questionário de Avaliação de Risco, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.

9.2.3. O Proponente é obrigado a declarar, sob pena de nulidade do contrato, seu interesse sobre a vida e a incolumidade do Segurado. Presume-se o interesse quando o Segurado for cônjuge, companheiro, ascendente ou descendente do terceiro cuja vida ou integridade física seja objeto do Seguro celebrado.

9.2.4. Adicionalmente, na Proposta, deverão ser fornecidas à Seguradora as seguintes informações cadastrais:

a) Pessoa Física:

- a.1) nome completo;**
- a.2) número de inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF/ME;**
- a.3) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;**
- a.4) patrimônio estimado ou faixa de renda mensal;**
- a.5) número de telefone e código DDD;**
- a.6) estado civil;**
- a.7) profissão;**
- a.8) renda mensal; e**
- a.9) enquadramento na condição de Pessoa Politicamente Exposta, se for o caso.**

b) Pessoa Jurídica:

- b.1) a denominação ou razão social;**
- b.2) atividade principal desenvolvida;**
- b.3) número de identificação no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ;**
- b.4) endereço completo (logradouro, bairro, código de endereçamento postal – CEP, cidade, unidade da federação), número de telefone e código de DDD;**
- b.5) informações acerca da situação patrimonial e financeira.**
- b.6) as informações do Item a para controladores até o nível de pessoa natural, principais administradores e procuradores;**
- b. 7) as informações do Item a para beneficiários finais.**

9.2.5. A Seguradora fornecerá, obrigatoriamente, protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e da hora de seu recebimento, desde que satisfeitos todos os requisitos formais necessários.

9.2.5.1. A Seguradora poderá recusar o fornecimento de protocolo para a Proposta que não satisfaça a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, previamente à sua análise, devolvendo-a para o atendimento das exigências pendentes.

9.2.6. A Seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, contados a partir da data do recebimento da proposta de adesão, de alteração ou renovação, para aceitá-la ou recusá-la.

9.2.7. A Seguradora, dentro do prazo estabelecido para aceite ou recusa da proposta, poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação da proposta. Neste caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias será interrompido, reiniciando-se a partir do primeiro dia útil subsequente a data em que se der a entrega de toda documentação e/ou informação solicitada.

9.2.8. Poderá ser aceito como Segurado, todo o proponente que esteja, na data de adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em condições normais de saúde e com idade conforme definido no Contrato Coletivo e na Proposta de Contratação.

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

9.2.10. A ausência de manifestação da seguradora por escrito no prazo previsto no item 9.2.6, respeitadas as condições de suspensão caracterizará a aceitação tácita da proposta.

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

9.3. Na hipótese de apresentação de Proposta com pagamento antecipado de Prêmio, total ou parcial, o período de vigência da Apólice será considerado iniciado a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora, em cobertura provisória, até que a Seguradora aceite, ou não, o risco.

9.3.1. Fica estabelecido que a garantia provisória oferecida a partir do recebimento da Proposta com o adiantamento do Prêmio não obriga a Seguradora a aceitar definitivamente a referida Proposta.

9.3.2. Em caso de recusa da Proposta, a cobertura securitária permanecerá por mais 2 (dois) dias úteis, contados a partir da data em que o Proponente, seu representante legal, ou o Corretor de Seguros tiver conhecimento formal da recusa.

9.3.3. Formalizada a recusa, o valor do adiantamento a que se refere a Cláusula 9.3 deverá ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela "*pro rata temporis*" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura e do valor das despesas de contratação.

9.4. A aceitação da Proposta de Adesão, alteração ou renovação se formalizará com a emissão do Certificado Individual de seguro pela Seguradora no início do contrato e em cada renovação, em até 30 (trinta) dias, contados a partir da data da aceitação da Proposta.

9.5. A data de aceitação da Proposta será:

- I. A data de emissão/disponibilização do Certificado Individual; ou
- II. A data de término do prazo previsto na Cláusula 9.2.6, quando caracterizada a aceitação tácita da Proposta pela Seguradora.

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

9.6.1. A alteração será considerada efetuada somente após manifestação formal da Seguradora aceitando a alteração pedida pelo Segurado ou pelo Estipulante ou Subestipulante (se houver). A simples solicitação não caracterizará, por si só, a aceitação pela Seguradora, que terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias corridos para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa do risco, observado o disposto no item 9.2.7. desta cláusula.

9.7. Serão considerados como pendentes, sem início de contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.

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

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

10. BENEFICIÁRIOS

10.1. O(s) beneficiário(s) das coberturas básicas de Morte – M, Morte Acidental – MA, Morte Acidental por Arma

de Fogo – MA–AF, Auxílio Alimentação por Morte – AAM e Despesas com Inventário – Morte – DI–M será(ão) aquele(s) indicado(s) pelo segurado quando do preenchimento da proposta de adesão.

- 10.2.** O beneficiário da cobertura adicional de Decessos – DE, em caso de reembolso, será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas com funeral, mediante apresentação das notas fiscais originais.
- 10.3.** O beneficiário das coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA, Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Autônoma – IFPD, Doenças Graves ou Procedimento Previsto – DG, Diagnóstico de Câncer – DC e das coberturas suplementares de Inclusão Automática de Cônjuge ou Companheiro(a) – IAC, Inclusão Facultativa de Cônjuge ou Companheiro(a) – IFC, Inclusão Automática de Filhos – IAF e Inclusão Facultativa de Filhos – IFF, se contratadas, será o próprio segurado principal, ainda que assistido ou representado na forma da lei.
- 10.4.** No caso de ocorrência de morte do segurado, a indenização correspondente à cobertura básica de Morte – M será paga de uma só vez e será devida ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado na proposta de adesão.
- 10.5.** Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.
- 10.5.1.** Na falta de indicação expressa de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do segurado. Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.
- 10.5.2.** Se não houver beneficiários indicados ou legais, o valor será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência.
- 10.6.** Para efeito desse seguro, o(a) companheiro(a) será equiparado(a) ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o segurado era solteiro, viúvo ou separado de fato.
- 10.7.** 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, conforme o item 10.6.
- 10.8.** 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.
- 10.9.** 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 do item 10.10, considerando que o beneficiário comoriente não adquire direito ao capital segurado.
- 10.10.** O segurado pode, a qualquer tempo, substituir o beneficiário, mediante encaminhamento de formulário devidamente preenchido e assinado, nomeando os novos beneficiários.
- 10.10.1.** Qualquer alteração de beneficiário somente terá validade 24 (vinte e quatro) horas da data de protocolo na seguradora da correspondência efetivamente assinada pelo segurado.
- 10.10.2.** 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.

10.11. Em caso de indicação de beneficiário impedido por lei ou que tenha provocado a morte do segurado de forma intencional, ou ainda, na impossibilidade de pagamento ao(s) beneficiário(s) indicado(s), a indenização será paga conforme disposto na Lei.

10.12. Não será admitida a indicação ou substituição de beneficiário por procuração.

10.13. Para todas as coberturas de invalidez, o beneficiário será o próprio segurado.

10.14. CASO NÃO SEJA IDENTIFICADO BENEFICIÁRIO OU DEPENDENTE DO SEGURADO PARA SUBSISTÊNCIA NO PRAZO PRESCRICIONAL DA RESPECTIVA PRETENSÃO, O CAPITAL SEGURADO SERÁ TIDO POR ABANDONADO, NOS TERMOS DO INCISO III DO CAPUT DO ART. 1.275 DA LEI Nº 10.406, DE 10 DE JANEIRO DE 2002 (CÓDIGO CIVIL), E SERÁ APORTADO NO FUNDO NACIONAL PARA CALAMIDADES PÚBLICAS, PROTEÇÃO E DEFESA CIVIL (FUNCAP).

11. CAPITAL SEGURADO

11.1. O capital segurado contratado para cada uma das coberturas será estabelecido na apólice e nos respectivos certificados individuais do seguro.

11.2. O capital segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência de evento coberto, respeitando as condições contratuais e os limites estabelecidos para cada cobertura contratada.

11.3. Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional.

12. CUSTEIO DO SEGURO

12.1. A forma de custeio do seguro será estabelecida no contrato de seguro, com base nas seguintes possibilidades:

a) Contributário: aquele em que o segurado paga o seguro total ou parcialmente;

b) Não Contributário: aquele que o estipulante e/ou subestipulante (se houver) paga a totalidade do seguro.

13. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

13.1. O Prêmio do Seguro é periódico e deverá ser pago, pelo Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) de acordo com a modalidade escolhida dentre aquelas disponibilizadas pela Seguradora (mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual), conforme opção indicada na Proposta de Contratação e/ou de Adesão, até a data do vencimento do respectivo documento de cobrança.

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

13.1.2. Se aplicável, a Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Segurado ou seu representante legal e/ou financeiro, ou ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de Seguros, observada a antecedência mínima

de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

13.1.3. Se o Segurado, seu representante, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), ou o Corretor que intermediar a contratação, não receberem o documento de cobrança, seja da parcela única à vista ou de qualquer uma das parcelas (mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, conforme modalidade escolhida) no prazo estabelecido na Cláusula 13.1.2, deverão solicitar à Seguradora, de forma registrada, instruções para efetuar o pagamento antes da data do seu vencimento.

13.2. A data do vencimento para o pagamento da parcela única ou da primeira parcela do Prêmio, será de no máximo, 30 (trinta) dias, contados da Aceitação da Proposta e/ou de eventuais Endossos.

13.3. Quando a data de vencimento para o pagamento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte.

13.4. Na hipótese de pagamento do Prêmio por meio de débito em conta corrente, a quitação está vinculada à confirmação do débito do valor pela rede bancária, sendo do Segurado ou do responsável pelo pagamento a responsabilidade de autorização do débito junto ao banco escolhido.

13.5. A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO EM CONTA OU EM FATURA DE CARTÃO DE CRÉDITO PODERÁ CARACTERIZAR INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO, SENDO APLICADO O DISPOSTO NA CLÁUSULA 14 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA E 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

13.6. Durante a vigência da Apólice/Certificado Individual, o Segurado, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) poderá solicitar a substituição da periodicidade e/ou da forma de pagamento do Prêmio, respeitada e observada a existência de parcela em aberto, que permita a referida alteração.

13.7. A FALTA DE PAGAMENTO DA PARCELA DO PRÊMIO ÚNICO OU DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO RESOLVE AUTOMATICAMENTE E DE PLENO DIREITO O CONTRATO DE SEGURO, INDEPENDENTEMENTE DE QUALQUER INTERPELAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL, RESPEITADA A PERIODICIDADE DEFINIDA EM CONTRATO, ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, CARACTERIZA A NÃO EFETIVAÇÃO DO SEGURO.

13.8. A FALTA DE PAGAMENTO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA NO PRAZO DEVIDO ACARRETERÁ A COBRANÇA DO PRÊMIO VENCIDO ACRESCIDO DE MULTA DE 2% E JUROS DE MORA CONFORME PREVISTO NA CLÁUSULA 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, SENDO APLICADO AINDA O DISPOSTO NA CLÁUSULA 14 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA E NA CLÁUSULA 21 – PERDA DE DIREITOS.

13.9. O Prêmio deste seguro será calculado com base na idade média atuarial dos componentes do Grupo Segurável, conforme definido no contrato de seguro.

13.10. Na renovação da apólice e sem prejuízo da atualização monetária prevista na Cláusula 17 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS, o valor do prêmio do seguro, poderá ser reavaliado com o estipulante e/ou subestipulante (se houver), com base na composição etária do grupo segurado e os respectivos capitais segurados.

13.11. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

13.12. NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA, CONFORME

O DISPOSTO NAS CLÁUSULAS 15 – VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA E 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA.

13.13. Em caso de atraso no pagamento do prêmio, será observado o disposto das Cláusulas 14 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

14. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

14.1. QUANDO O PRÊMIO DE QUALQUER UMA DAS PARCELAS SUBSEQUENTES À PRIMEIRA NÃO FOR PAGO ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO, AS COBERTURAS DO SEGURO PERMANECERÃO VIGENTES PELO PRAZO DE TOLERÂNCIA DE 60 (SESSENTA) DIAS.

14.1.1. Durante o prazo de tolerância estarão cobertos os sinistros ocorridos, mas o pagamento da indenização ficará condicionado ao recebimento do(s) prêmio(s) devido(s), podendo a Seguradora abater o(s) respectivos(s) valor(es) devido(s) da indenização. Serão aplicados no(s) prêmio(s) devido(s) os encargos previstos na CLÁUSULA 17 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS.

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

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

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

15 VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA

15.1. A vigência da apólice coletiva estará estabelecida no contrato de seguro e na própria apólice, tendo início e término às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida para tal fim.

15.2. A apólice poderá ser renovada automaticamente, por período igual, uma única vez, salvo se a Seguradora, o Estipulante e/ou Subestipulante ou o Grupo Segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, contados da data de vencimento da vigência da apólice, comunicar por escrito o seu desinteresse.

15.3. As renovações posteriores à primeira deverão ser expressas entre as partes, por meio do preenchimento e apresentação da Proposta pelo Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) e/ou Corretor de Seguros, nos termos da Cláusula 8 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA das Condições Gerais, com no mínimo de 25 (vinte e cinco) dias antes do término da Vigência da Apólice.

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

contrato.

- 15.4. A aceitação da proposta, bem como de cada alteração ou renovação, implicará na emissão do respectivo endosso.
- 15.5. O endosso terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim nele indicado.
- 15.6. **Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.**
- 15.7. **Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice em seu vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.**
- 15.8. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual aos segurados.
- 15.9. Nenhuma alteração deste contrato é válida se não for feita por escrito por meio de aditamentos ou endossos emitidos pela seguradora com a concordância do estipulante.
- 15.10. A renovação ou a prorrogação do seguro, quando não automática ou se implicar alteração de conteúdo de cobertura ou financeiro mais favorável aos segurados e aos beneficiários, poderá ser intermediada por outro Corretor de Seguro, de livre escolha do Estipulante e/ou Subestipulante (se houver).
- 15.11. Quando não prevista no contrato anterior, a modificação do conteúdo dos seguros coletivos sobre a vida e a integridade física, em caso de renovação, dependerá da anuência expressa de segurados que representem pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado ou seu(s) representante(s).
- 15.12. Para as Apólices vigentes há menos de 10 anos, o desinteresse na renovação será comunicado mediante aviso prévio em até 30 (trinta) dias antes do término da Vigência da Apólice; e
- 15.13. Para as Apólices renovadas sucessiva e automaticamente por mais de 10 (dez) anos, o desinteresse na renovação será comunicado mediante aviso prévio de no mínimo 90 (noventa) dias antes do término da Vigência da Apólice.
- 15.14. O seguro não poderá ser renovado caso não atingido o número mínimo de vidas estabelecido, além de a Apólice poder ser cancelada, observado o disposto nestas Condições Gerais.

16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

- 16.11. A vigência da cobertura individual terá início e término às 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no certificado individual do seguro ou do endosso.
- 16.12. O prazo de vigência da cobertura individual vigorará pelo prazo determinado no certificado individual do seguro, desde que não ultrapasse o fim de vigência da apólice coletiva podendo ser renovada automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante e/ou subestipulante (se houver), obrigatoriamente, de forma expressa, por escrito, observando as Cláusulas 15 – VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA.
- 16.13. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual ao(s) segurado(s).

16.14. 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 o período correspondente ao prêmio pago, exceto nas hipóteses previstas na Cláusula 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS MORATÓRIOS

17.1. O índice utilizado para atualização monetária, em moeda nacional, será o IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.

17.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice indicado no item anterior, o índice substituto será o INPC/IBGE – Índice Nacional de Preços ao Consumidor/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.

17.2. A atualização monetária, com base na variação do índice estabelecido no item 17.1 desta cláusula será devida para as seguintes situações:

17.2.1. O capital segurado e o prêmio do seguro serão atualizados anualmente, no vencimento do certificado individual, com base na variação positiva apurada do acumulado dos últimos 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses anteriores ao vencimento do certificado individual de seguro.

17.2.2. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

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

17.2.4. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

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

- a) No caso de Cancelamento do Contrato:** a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora;
- b) No caso de Recebimento Indevido de Prêmio:** a partir da data de recebimento do respectivo prêmio;
- c) No caso de Recusa da Proposta:** a partir da data de recebimento do prêmio.

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

17.5. Os valores das indenizações de sinistros sujeitam-se à atualização monetária calculada com base na variação positiva do índice estabelecido, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação, a partir da data de ocorrência do evento – ou, se for o caso de reembolso, a partir do dispêndio – até a data do efetivo pagamento, **somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.**

17.6. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 17.2 DESTA CLÁUSULA, APLICAR-SE-ÃO NAS SITUAÇÕES PREVISTAS NOS ITENS 17.3, 17.4 E 17.5, JUROS MORATÓRIOS, DE 1,0% (UM POR CENTO) AO MÊS “PRO RATA TEMPORIS”, A PARTIR DA DATA DEFINIDA PARA CADA PREVISÃO ATÉ A DATA DO SEU EFETIVO PAGAMENTO.

17.7. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 17.2 DESTA CLÁUSULA, APLICAR-SE-ÃO NAS SITUAÇÕES PREVISTAS NO SUBITEM 17.5 multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido corrigido monetariamente.

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

18. TAXA DO SEGURO E RECÁLCULO

18.1. O prêmio deste seguro será calculado com base na idade do proponente no momento da adesão.

18.2. Os valores de prêmio sofrerão aumento em decorrência da mudança de idade do segurado principal e consequente aumento de risco, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial da apólice, com base nas taxas informadas no contrato e no certificado individual, observando os percentuais máximos indicados na Tabela de Reenquadramento por Idade conforme discriminado no Anexo I, parte integrante destas condições contratuais.

18.3. Os percentuais efetivamente aplicados ao seguro estarão indicados na proposta de adesão e/ou certificado individual e/ou contrato.

18.4. A seguradora anualmente, no aniversário da apólice, poderá recalculas as taxas do seguro, caso a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, de forma que o volume de sinistros pagos e avisados seja superior ao prêmio líquido arrecadado no mesmo período, observados o disposto no item 15.6 da Cláusula 15 – VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA e Cláusula 23 – ALTERAÇÕES DA APÓLICE destas condições gerais.

19. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

19.1. A cobertura individual de cada segurado termina, sem qualquer restituição de prêmio:

- a) Com o falecimento do segurado principal;**
- b) Com o cancelamento ou a não renovação da apólice ou do certificado individual, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago;**
- c) Com o pagamento do capital segurado contratado, quando a cobertura prever a exclusão do segurado da apólice contratada;**
- d) Na data em que for protocolado na seguradora o PEDIDO DE CANCELAMENTO feito pelo segurado, desde que por escrito e devidamente assinado;**
- e) Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;**
- f) Se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 21 – PERDA DE DIREITOS;**
- g) Quando o segurado, Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), deixar de pagar o prêmio do seguro, conforme CLÁUSULA 14 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA;**
- h) Com o CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA por quaisquer das situações previstas na Cláusula 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA;**
- i) Quando terminar o período de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitando o prêmio**

de seguro efetivamente pago;

- j) Quando houver fraude ou tentativa de fraude comprovadamente praticada pelo segurado, seu representante legal ou seu(s) beneficiário(s) na adesão ao seguro ou durante a sua vigência, ou, ainda, para a obtenção ou majoração da indenização;
- k) A qualquer tempo, com a concordância recíproca das partes contratantes.

20. CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA

20.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 14 –PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL, a apólice de seguro ficará automaticamente cancelada, sem qualquer restituição de prêmios:

- a) Por mútuo acordo entre a seguradora e o estipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de, pelo menos, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, respeitado o prazo de aviso prévio mínimo de 60 (sessenta) dias;
- b) Pelo descumprimento de qualquer cláusula/disposição das condições contratuais da apólice;
- c) Se houver dolo, fraude ou sua tentativa pelo(s) estipulante(s), subestipulante(s) e/ou preposto, devidamente comprovada na contratação do seguro, durante a sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização;
- d) Quando o estipulante e/ou subestipulante deixar de efetuar o pagamento ou repasse dos prêmios do seguro, observado o disposto na Cláusula 14 –PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA destas condições gerais;
- e) No final do prazo de sua vigência, se não houver renovação;
- f) Se constatada uma das hipóteses previstas na Cláusula 21 – PERDA DE DIREITOS
- g) Se não for atingido o número mínimo de vidas exigidas para a contratação, manutenção e/ou renovação do seguro.

20.2. A APÓLICE COLETIVA NÃO PODERÁ SER CANCELADA DURANTE A VIGÊNCIA, PELA SEGURADORA, SOB A ALEGAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA NATUREZA DOS RISCOS.

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

21. PERDA DE DIREITOS

21.1. Além dos casos previstos em lei, na Apólice e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) contratada(s), o Segurado ou Beneficiário(s) perderá(ão) o direito a qualquer indenização, bem como terá o seguro cancelado, obrigando-se ao pagamento do Prêmio vencido e das despesas efetuadas pela Seguradora, se:

21.1.1. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), agravar(em) intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro.

21.1.1.1. Será relevante o agravamento que resulte no aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco coberto ou da severidade dos efeitos de realização deste risco.

21.1.2. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), dolosamente ou culposamente, deixar de comunicar o relevante agravamento de risco à Seguradora tão logo dele tome conhecimento, fica obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada.

21.1.2.1. Ciente do agravamento, a Seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, manifestar-se nos

termos da regulamentação em vigor.

21.1.3. O Estipulante e/ou Subestipulante, ou o Segurado, por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), por si ou seu representante legal, deixar de fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação do prêmio conforme questionário que lhe submeta a Seguradora.

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

21.1.3.2. Se o descumprimento for culposos, a Seguradora poderá, diante dos fatos não revelados:

23.1.3.2.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
- b) permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.**

23.1.3.2.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) caso a garantia seja tecnicamente impossível ou se o risco decorrente da omissão não for originalmente subscrito pela Seguradora, cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado acrescido da diferença cabível; ou**
- b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.**

23.1.3.2.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

21.1.4. O Estipulante e/ou Subestipulante, o Segurado ou Beneficiário(s), por si ou por seu(s) representante(s) legal(is), deixar(em) de comunicar à Seguradora a ocorrência de qualquer sinistro ou da iminência de seu acontecimento, tão logo tome conhecimento, ou de prestar todas as informações de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências, sempre que questionado a respeito pela Seguradora.

21.2. Além das hipóteses de perda de direitos acima mencionadas nesta Cláusula, o Segurado e/ou Beneficiário também perderá(ão) o direito a qualquer indenização se o Estipulante e/ou Subestipulante, o Segurado ou Beneficiário(s), por si ou por seu(s) representante(s) legal(is):

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

21.2.2. O sinistro decorrer de atos ilícitos dolosos ou de culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal e/ou financeiro de um ou de outro.

21.2.3. Por qualquer meio, procurar(em) obter, mediante tentativa de fraude ou fraude consumada, benefícios indevidos, tanto na contratação do seguro, quanto durante a sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização.

22. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

22.1. REGULAÇÃO DE SINISTROS

22.1.1. Ocorrendo qualquer um Sinistro, o Segurado, o(s) Beneficiário(s) ou seu(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) comunicar imediatamente a seguradora, fornecendo, juntamente com o Aviso de Sinistro, todas as informações disponíveis sobre sua causa e consequências e documentação básica prevista na Cláusula 22.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

22.1.2. Caso a documentação apresentada no Aviso de Sinistro seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, que faça referência a outros documentos e fatos não disponibilizados, a Seguradora informará ao Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a lista de documentos faltantes e necessários à Regulação do Sinistro.

22.1.3. Uma vez cumprida pelo Segurado, Beneficiário ou representante legal de um ou de outro a obrigação de fornecer todos os documentos e informações previstas na Cláusula 22.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s), a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias, conforme previsto nas Condições Especiais da Apólice, para concluir a Regulação do Sinistro e se manifestar sobre a existência de cobertura securitária, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.

22.1.4. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o regulador de Sinistro poderão solicitar outras informações e/ou documentos complementares, além daqueles elencados como documentação básica prevista na Cláusula 22.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s).

22.1.5. Neste caso, a contagem do prazo aplicável será suspensa por 1 (uma) única vez, e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

22.1.6. Nos sinistros em que a importância segurada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, a contagem do prazo poderá ser suspensa por apenas 1 (uma) única vez. Para os demais casos, a suspensão poderá ocorrer por no máximo 2 (duas) vezes.

22.1.7. A não entrega dos documentos básicos previstos na Cláusula 22.2 e nas Condições Especiais da(s) cobertura(s) acionada(s) e/ou complementares solicitados, em até 90 (noventa) dias, sem qualquer justificativa, ensejará o encerramento da Regulação do Sinistro sem pagamento de Indenização. Nessa hipótese, a Regulação do Sinistro poderá ser retomada a qualquer tempo, desde que apresentados os documentos necessários, observado o prazo prescricional previsto em lei.

22.1.8. A Seguradora poderá exigir atestados, certidões de autoridades competentes ou cópia da

certidão de abertura de inquérito, que porventura tiver sido instaurado.

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

22.1.10. Os atos e providências praticados pela Seguradora na execução dos procedimentos de Regulação e liquidação do Sinistro não importam, por si só, no reconhecimento de cobertura securitária.

22.1.11. Encerrada a Regulação do Sinistro, caso a Seguradora conclua que não há cobertura securitária para o Sinistro, o Segurado ou Beneficiário será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias.

22.1.12. A Seguradora poderá apresentar fundamentos adicionais para a negativa da cobertura, caso venha a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia ou caso a negativa seja baseada na ausência ou insuficiência de documentos.

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

22.2. DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA A REGULAÇÃO DE SINISTROS

22.2.1. Para a análise e regulação do Sinistro, o Segurado, o(s) beneficiário(s) ou seu(s) representante(s) legal(is) deverá(ão) apresentar, no Aviso de Sinistro, os documentos abaixo relacionados:

- a) Cópia do RG e CPF do segurado e da pessoa que sofreu sinistro;
 - 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;
 - 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 comprovante de residência em nome do segurado e da pessoa que sofreu o sinistro. Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado;
- c) Comprovante de vínculo empregatício, cópia dos 3 (três) últimos holerites, ficha de registro de empregado e rescisão contratual do(a) segurado(a), se cabível;
- d) Formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro – Pessoa Física devidamente preenchido.
- e) Certidão e declaração de óbito do segurado.
- f) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial – B.O., se cabível;
- g) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação – CNH, se acidente automobilístico e o segurado for o condutor, se cabível;
- h) CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante período de trabalho), se cabível;
- i) Cópia do Laudo Necroscópico do IML – Instituto Médico Legal, se cabível;
- j) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente, se cabível;
- k) Cópia dos Laudos de Alcoolemia ou toxicológico expedido pelo Instituto Médico Legal – IML ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (caso o(a) segurado(a) tenha sido condutor no veículo envolvido em acidente), se cabível.

- l) **Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s).** Na falta do comprovante em nome próprio, enviar declaração simples confirmando o endereço, assim como, o comprovante em nome de terceiro evidenciando o endereço declarado:
 - 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);
- m) **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;**
- n) **Em caso de companheira(o), enviar Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o(a) companheiro(a) seja dependente do(a) segurado(a).**
- o) **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:**
 - Na falta dos filhos indicar o nome dos pais, na falta, a dos avós, e na falta desses os dos irmãos do(a) segurado(a);
 - Em caso de falecimento de um dos herdeiros (descendente ou ascendente) deverá ser encaminhado a certidão de óbito atualizada.

22.2.1.1. No caso do falecimento do cônjuge ou companheiro(a), e sogros, além dos documentos descritos no item acima, deverá ser enviada a Certidão de Casamento ou declaração oficial que ateste a condição de companheiro(a).

22.2.1.2. No caso de falecimento dos filhos, além dos documentos descritos no item acima, deverá ser enviada a Certidão de Nascimento.

22.2.3. Eventuais despesas e encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão a cargo da seguradora. 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.

22.2.4. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e, quando for o caso, os documentos exigidos para habilitação do(s) beneficiário(s) correrão por conta dos interessados no pagamento de eventual capital segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

22.2.5. Independentemente dos documentos exigidos pela seguradora nas condições especiais de cada cobertura, esta poderá consultar, livremente e a seu critério exclusivo, especialistas de sua indicação para apurar comprovação ou não do evento.

22.3. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica no segurado a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

22.3.1. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

22.4. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade/invalidéz relacionada ao segurado, a seguradora proporá ao segurado, por meio de

correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação, a constituição de junta médica.

22.4.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pelo segurado, outro pela seguradora e um terceiro, desempatador, escolhido pelos 2 (dois) nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.**

22.4.2. 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.

22.4.3. **O não comparecimento do médico indicado pelas partes será registrado em ata pelos médicos que comparecerem. Se ficar comprovado que uma das partes impediu intencionalmente a realização de nova junta, esta deverá arcar com todas as despesas da nova, salvo convenção em contrário.**

22.4.4. **A seguradora não aceitará que seja nomeado como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge/companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

22.5. **O segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do segurado, 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 através de seu médico assistente.

22.6. O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

22.7. **Não será aceito, para fins do pagamento do capital segurado, relatório 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, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**

22.8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

22.8.1. Confirmada a existência de cobertura securitária para o Sinistro a Seguradora providenciará a prestação do serviço ou reembolso ou o pagamento do Capital Segurado conforme cobertura contratada, deduzida a Franquia estipulada na Apólice, se existente.

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

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

22.8.4. Caso a documentação apresentada seja insuficiente ou incompleta, ou, ainda, faça referência a outros fatos ou documentos não disponibilizados, a Seguradora enviará ao Segurado ou Beneficiário a lista de documentos faltantes e necessários à Liquidação do Sinistro.

22.8.5. Uma vez cumprida a obrigação de fornecer todos os documentos e informações solicitadas, realizada a regulação e reconhecida a cobertura, a Seguradora efetuará o pagamento da indenização no prazo

máximo de 30 (trinta) a 120 (cento e vinte) dias, contado da data em que lhe tiver sido entregue o último documento pendente.

- 22.8.6. No caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora ou o liquidante do Sinistro poderão solicitar outros documentos e/ou informações complementares.
- 22.8.7. Neste caso, a contagem do prazo aplicável será suspensa por 01 (uma) única vez, e será reiniciada a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.
- 22.8.8. Se, após o pagamento do capital segurado, a Seguradora tomar conhecimento de qualquer fato que descaracterize o direito do Segurado ou do Beneficiário ao seu recebimento, esta poderá requerer a devolução dos valores pagos indevidamente e dos demais gastos incorridos em decorrência do Sinistro.
- 22.9. Para a Cobertura de Decessos o valor a ser reembolsado aos beneficiários será igual ao valor da Nota Fiscal, limitado ao valor do capital segurado respectivo vigente na data do evento. Para as coberturas cujo a indenização não é feito por reembolso, a indenização será igual ao capital segurado contratado.
- 22.9.1. **Havendo comprovação de má-fé ou fraude, o beneficiário deverá reembolsar à seguradora todo o valor correspondente às despesas gastas com o funeral do segurado.**
- 22.9.2. **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.**
- 22.10. As providências ou os atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiários ou representante(s) legal(is) os motivos do não-pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.
- 22.11. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

23. ALTERAÇÕES DA APÓLICE

- 23.1. Eventuais alterações podem ser processadas em consequência de acordo entre a seguradora e o estipulante na renovação da apólice, respeitados os compromissos firmados com os segurados com contratos anteriores às alterações.
- 23.1.1. Quando não prevista no contrato anterior, a modificação do conteúdo dos seguros coletivos, em caso de renovação, dependerá da anuência expressa de segurados que representem pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo.
- 23.2. Caso o estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato **que impliquem em ônus, deveres adicionais ou redução de seus direitos aos segurados**, 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, observado o disposto na Cláusulas 8 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA e 9 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E ADESÃO INDIVIDUAL AO SEGURO.

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E/OU SUBESTIPULANTE (SE HOUVER)

- 24.1. **Sem prejuízo de outras obrigações previstas nestas condições gerais e demais disposições contratuais, ainda, são obrigações do estipulante e/ou do subestipulante (se houver):**
- a) **Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco,**

previamente estabelecidas por aquela, incluindo seus dados cadastrais e dos componentes do Grupo Segurável, observados os normativos do órgão regulador e legislação vigente;

- b) Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações da 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 ou ao beneficiário, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) Pagar os prêmios de seguro à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, quando for o caso;
- e) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- f) Repassar os prêmios de seguro à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, quando for o caso;
- g) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- h) 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;
- i) 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;
- j) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a avaliação do risco e o pagamento do capital segurado;
- k) Comunicar de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- l) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- m) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, seu CNPJ, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante ou subestipulante (se houver);
- n) Cumprir todas as cláusulas e Condições Contratuais; e
- o) Verificar no momento da inclusão ao seguro, se algum componente do Grupo Segurável pertence ao grupo de Pessoas Politicamente Exposta. Em caso afirmativo, o Estipulante deverá obter e armazenar em seus registros, conforme conceito de PPE indicado na Circular SUSEP nº 612/2020.

24.2. No caso de seguros contributários, é vedado ao estipulante e ao subestipulante (se houver):

- a) Cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela seguradora;
- b) Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;
- c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, por escrito, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
- 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.

24.3. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará o cancelamento do seguro, conforme previsão existente no item 19.1, alínea “b”, da Cláusula 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e sujeita o estipulante ou subestipulante (se houver) às cominações legais.

24.4. O estipulante e/ou o subestipulante (se houver) deverá, obrigatoriamente, fornecer à seguradora as seguintes informações cadastrais, observadas as condições e prazos da normatização e legislação em vigor:

- a) Nome completo;
- b) Número único de identificação, com a seguinte ordem de preferência: número de inscrição no Cadastro

de Pessoas Físicas – CPF/MF; número de identificação, válido em todo o território nacional, nesse caso acompanhado da natureza do documento, órgão expedidor e data de expedição; ou número do Passaporte, com identificação do País de expedição;

- c) Endereço completo (logradouro, bairro, Código de Endereçamento Postal – CEP, cidade, unidade da federação);
- d) Número de telefone e código de DDD, se houver;
- e) Profissão;
- f) Patrimônio estimado ou faixa de renda mensal; e
- g) Enquadramento na condição de pessoa politicamente exposta, se for o caso.

24.5. É vedado ao estipulante e/ou subestipulante recolher dos segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela seguradora e a ela devido em consequência das coberturas contratadas. Caso o estipulante e/ou subestipulante (se houver) receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança do prêmio, o valor do prêmio de cada segurado.

24.6. Quando o estipulante e/ou o subestipulante (se houver) fizer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, seu valor e/ou percentual será estabelecido no contrato.

24.7. O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) deverá(ão) cumprir as obrigações e os deveres previstos nas Condições Contratuais, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário, bem como assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.

24.8. O Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) representa os segurados e os beneficiários durante a formação e a execução do contrato de seguro e responde perante eles e a Seguradora por seus atos e omissões.

24.9. Cabe ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver), além de outras atribuições que decorram de lei ou de convenção, assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.

24.10. Salvo disposição em contrário, o Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) é o único responsável perante a seguradora pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, inclusive a de pagar o prêmio.

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

25.1. A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do estipulante e/ou subestipulante (se houver) e/ou corretor de seguros, somente poderão ser feitas com autorização prévia, expressa, e de supervisão 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, por escrito.

25.2. A divulgação do seguro sem a prévia autorização da seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas contratações e/ou adesões e/ou no cancelamento do seguro.

26. PRESCRIÇÃO

26.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

27. FORO

27.1. Fica eleito o Foro da Comarca do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir eventuais litígios/questões judiciais decorrentes do presente contrato.

28. DISPOSIÇÕES GERAIS

28.1. Aos casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicáveis leis, regulamentos e normas relacionados à matéria de seguros no Brasil e a legislação brasileira.

28.2. O REGISTRO DESTE PLANO NA SUSEP NÃO IMPLICA, POR PARTE DA AUTARQUIA, INCENTIVO OU RECOMENDAÇÃO À SUA COMERCIALIZAÇÃO.

28.3. O SEGURADO PODERÁ CONSULTAR A SITUAÇÃO CADASTRAL DE SEU CORRETOR DE SEGUROS NO SITE WWW.SUSEP.GOV.BR PELO NÚMERO DE SEU REGISTRO NA SUSEP, NOME COMPLETO, CNPJ OU CPF.

28.4. ESTE PLANO DE SEGURO É ESTRUTURADO EM REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, OU SEJA, OS PRÊMIOS PAGOS POR TODOS OS SEGURADOS DO PLANO, EM UM DETERMINADO PERÍODO, DEVERÃO SER SUFICIENTES PARA PAGAR TODAS 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 DE SEGURO. SENDO ASSIM, NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS DE SEGURO AO SEGURADO, AO BENEFICIÁRIO OU AO ESTIPULANTE OU AO SUBESTIPULANTE (SE HOUVER).

28.5. AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DESTE PRODUTO ENCONTRAM-SE REGISTRADAS NA SUSEP DE ACORDO COM O NÚMERO DO PROCESSO CONSTANTE NA APÓLICE/PROPOSTA E PODERÃO SER CONSULTADAS NO ENDEREÇO ELETRÔNICO WWW.SUSEP.GOV.BR.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA BÁSICA DE MORTE – M

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio, o pagamento aos beneficiários do capital segurado contratado, em caso de morte natural ou acidental do segurado, **devendo este último ser em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto**, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais**.
- 1.2. Não haverá cobertura, se o evento resultar de um risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.
- 1.3. Esta cobertura será contratada em conjunto com as coberturas básicas de Morte Acidental – MA, Morte Acidental por Arma de Fogo – MA-AF, Auxílio Alimentação por Morte – AAM e Despesas com Inventário – Morte – DI-M.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do evento coberto pela apólice vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

4. DATA DO EVENTO

- 4.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do falecimento do segurado, conforme Certidão de Óbito.

5. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 5.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:
 - a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com informações gerais sobre o evento, todos os campos preenchidos e assinado pelo(s) beneficiário(s);
 - b) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o segurado;
 - c) Documentos comprovando o vínculo empregatício ou associativo com o estipulante e/ou subestipulante;
 - d) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado por cada um do(s) beneficiário(s).
- 5.1.1. Para os casos de morte decorrente de acidente pessoal, além dos documentos indicados no item 5.1, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:
 - a) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML;
 - b) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for o condutor do veículo.

5.2. As demais regras para análise e regulação dos sinistros relacionadas à presente cobertura, bem como para pagamento do capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das condições gerais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

6.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL – MA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio, o pagamento aos beneficiários do capital segurado contratado, em caso de falecimento do segurado principal, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto**, ocorrido durante o período de vigência do seguro, observados os riscos excluídos e as demais condições contratuais.
- 1.2. Não haverá cobertura, se o evento resultar de um risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.
- 1.3. Esta cobertura será contratada em conjunto com as coberturas básicas de Morte – M, Morte Acidental por Arma de Fogo – MA-AF, Auxílio Alimentação por Morte – AAM e Despesas com Inventário – Morte – DI-M.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS NAS CLÁUSULAS 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1 E 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.
- 3.2. **Os capitais segurados das coberturas básicas de Morte – M e Morte Acidental – MA, quando contratadas, se acumulam na ocorrência de acidente pessoal coberto.**

4. DATA DO EVENTO

- 4.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

5. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 5.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:
 - a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com todos os campos preenchidos e assinado pelo(s) beneficiário(s);
 - b) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML;
 - c) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for o condutor do veículo;
 - d) Documentos comprovando o vínculo empregatício ou associativo com o estipulante e/ou subestipulante;
 - e) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado por cada um do(s) beneficiário(s).
- 5.2. **As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a presente cobertura, bem como para pagamento do capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das condições gerais.**

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 6.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL POR ARMA DE FOGO – MA-AF

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio, o pagamento aos beneficiários do capital segurado contratado, em caso de falecimento do segurado, **decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, por disparo de arma de fogo**, ocorrido durante o período de vigência do seguro, **observado os riscos excluídos e as demais condições contratuais**.
- 1.2. **Não haverá cobertura, se o evento resultar de um risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.**
- 1.3. **Esta cobertura será contratada em conjunto com as coberturas básicas de Morte – M, Morte Acidental – MA, Auxílio Alimentação por Morte – AAM e Despesas com Inventário – Morte – DI-M.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, também se aplica à presente cobertura, a seguinte definição:

Arma de Fogo: dispositivo que impele um ou vários projéteis por intermédio de um cano pela pressão de gases em expansão produzidos por uma carga propelente em combustão, conforme estabelecido pela Cartilha de Armamento e Tiro, elaborada pela Academia Nacional de Polícia e Serviço Nacional de Armas.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS NAS CLÁUSULAS 2 – GLOSSÁRIO, ITEM 2.1 E 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.
- 4.2. **Os capitais segurados das coberturas básicas de Morte – M, Morte Acidental – MA e Morte Acidental por Arma de Fogo – MA-AF, quando contratadas, se acumulam na ocorrência de acidente pessoal coberto.**

5. DATA DO EVENTO

- 5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal ocorrido por disparo da arma de fogo coberto.

6. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

-
- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com todos os campos preenchidos e assinado pelo(s) beneficiário(s);
 - b) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico legal – IML;
 - c) Documentos comprovando o vínculo empregatício ou associativo com o estipulante e/ou subestipulante;
 - d) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado por cada um do(s) beneficiário(s).

6.2. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas à presente cobertura, bem como para pagamento do capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das condições gerais.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 7.1.** Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

COBERTURA BÁSICA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR MORTE – AAM

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio, o pagamento do capital segurado, a título de auxílio alimentação, em caso de falecimento do segurado, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais as condições contratuais.**
- 1.2. **Não haverá cobertura, se o evento resultar de um risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.**
- 1.3. **Esta cobertura será contratada em conjunto com as coberturas básicas de Morte – M, Morte Acidental – MA, Morte Acidental por Arma de Fogo – MA-AF e Despesas com Inventário – Morte – DI-M.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

4. DATA DO EVENTO

- 4.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

5. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 5.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 14 –**PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA**, 19 – **CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL** e 20 – **CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA**, das condições gerais, esta cobertura cessa:
 - a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, esta cobertura.

6. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 22 – **REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** das condições gerais e Cláusula 5 – **REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** da condição especial da cobertura básica de Morte – M, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:
 - a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com todos os campos preenchidos e assinado pelo(s) beneficiário(s);
 - b) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o segurado;
 - c) Documentos comprovando o vínculo empregatício ou associativo com o estipulante e/ou subestipulante;
 - d) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado por cada um do(s) beneficiário(s).

6.1.1. Para os casos de morte decorrente de acidente pessoal, além dos documentos indicados no item 6.1, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML;
- b) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for o condutor do veículo.

6.2. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a presente cobertura, bem como para pagamento do capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

COBERTURA BÁSICA DE DESPESAS COM INVENTÁRIO – MORTE – DI-M

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio, o pagamento aos beneficiários do capital segurado contratado, para auxiliar no custeio das despesas para a abertura de inventário em razão do falecimento do segurado com bens, sejam despesas por via judicial ou administrativa, ocorrido durante o período de vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais condições contratuais.**
- 1.2. Não haverá cobertura, se o evento resultar de um risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.
- 1.3. Esta cobertura será contratada em conjunto com as coberturas básicas de Morte – M, Morte Acidental – MA, Morte Acidental por Arma de Fogo – MA-AF e Auxílio Alimentação por Morte – AAM.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, também se aplica a presente cobertura, a seguinte definição:

Inventário: procedimento judicial ou extrajudicial (administrativo) por meio do qual é realizada a identificação dos sucessores, apuração e divisão de bens, valores e dívidas do segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.
- 4.2. Reconhecida a cobertura, pela seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

5. DATA DO EVENTO

- 5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do falecimento do segurado.

6. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 6.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 14 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA, das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, esta cobertura.

7. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado à presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com todos os campos preenchidos e assinado pelo(s) beneficiário(s);
- b) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o segurado;
- c) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo(s) beneficiário(s);
- d) Documentos comprovando o vínculo empregatício ou associativo com o estipulante e/ou subestipulante.

7.1.1. Para os casos de morte decorrente de acidente pessoal, além dos documentos indicados no item 7.1, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML;
- b) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for o condutor do veículo.

7.2. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a presente cobertura, bem como para pagamento do capital segurado (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

8.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE DECESSOS – DE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o reembolso das despesas com o funeral ou a prestação de serviços, em caso de falecimento do segurado, de acordo com o plano contratado e conforme descrito no item 1.3 desta cláusula, em caso de falecimento do segurado principal, se contratado plano Individual, ou de seu cônjuge/companheiro(a) e filhos, se contratado o plano Familiar, decorrente de causas naturais ou acidentais, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as condições contratuais.**
- 1.2. Não haverá cobertura, se o evento resultar de um risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.
- 1.3. Os planos oferecidos no seguro são os seguintes:
- a) **Individual – I:** fica coberto somente o segurado principal;
 - b) **Familiar – F:** ficam cobertos o segurado principal, seu cônjuge/companheiro(a), filho(s) considerado(s) dependente(s) de acordo com a legislação em vigor.
- 1.3.1. **O plano individual e o plano familiar não podem ser contratados em conjunto.**
- 1.3.2. **No plano familiar, esta cobertura é extensiva aos natimortos, quando houver a realização do funeral.**
- 1.3.3. **No plano familiar não será permitida a participação simultânea no seguro na condição de “segurado principal e segurado dependente” se cônjuge/companheiro(a) e filhos forem vinculados ao mesmo estipulante por meio empregatício ou associativo. Nesse caso a adesão apenas poderá ocorrer na condição de segurados principais.**
- 1.4. Em caso de evento coberto em que o segurado sinistrado participe da cobertura adicional de Decessos em mais de um certificado individual, seja na condição de segurado principal ou de segurado dependente, a prestação de serviços ou o reembolso dos gastos com o funeral, serão realizados considerando os limites de capitais segurados contratados nos certificados individuais vigentes, **não cabendo ao segurado e/ou seus familiares qualquer devolução de valores de prêmios pagos por esta cobertura.**
- 1.5. O segurado, na contratação, poderá optar pela prestação do serviço em substituição ao reembolso.
- 1.6. Na ocorrência do óbito, caso seja optado pela prestação de serviços, a família deverá entrar em contato com a Central de Atendimento aos Clientes da seguradora. A Assistência 24 horas contratará a funerária mais próxima do local onde ocorreu o óbito para que sejam tomadas as devidas providências para a prestação do serviço funeral.
- 1.7. Caso o beneficiário opte pelo **reembolso**:
- a) Será vedada a utilização de quaisquer serviços da rede especializada de prestadores de serviços credenciada;
 - b) Será garantida a livre escolha do prestador de serviço;
 - c) O reembolso **das despesas com funeral** suportadas 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.

1.8. Caso o beneficiário opte pela prestação de serviços:

- a) Não caberá qualquer tipo de reembolso;**
- b) Quando optado pela prestação de serviço, o funeral será realizado por empresa terceirizada;**
- c) Valor total da prestação de serviço será limitado ao valor do capital segurado contratado;**
- d) Deverá ser utilizada a rede especializada de prestadores de serviços credenciada, por meio da Central de Atendimento da seguradora. A seguradora enviará um representante que:**

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

- i. Irá se dirigir à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento à funerária do município;
- ii. Irá à funerária do município e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
- iii. Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação, informando à respeito das providências tomadas.

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

- i. Irá se dirigir à residência/hospital e recepcionará todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento à funerária do município. Neste caso, as despesas com traslado e documentação serão de responsabilidade da família, que deverá tomar todas as providências com relação ao sepultamento em outro município;
- ii. Irá à funerária do município onde será feito o sepultamento e tomará todas as providências necessárias para a realização do funeral; e
- iii. Retornará ao local de origem, entregando à família a documentação, informando à respeito das providências tomadas.

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

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

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

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

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.

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.

1.9. Entende-se por “despesas com funeral” a cobertura das despesas com sepultamento ou cremação (quando houver o serviço disponível no município de moradia habitual do segurado), de acordo com o limite de despesas previamente acordado e conforme os itens abaixo relacionados:

- a) Urna/caixão;**

- b) Carro para enterro (no município de moradia habitual);
- c) Carreto/caixão (no município de moradia habitual);
- d) Serviço assistencial;
- e) Registro de óbito;
- f) Taxa de sepultamento (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual do segurado);
- g) Taxa de cremação (onde existir este serviço no município de moradia habitual);
- h) Taxa de aluguel de jazigo pelo período de 3 (três) anos e 1 (um) mês, contados da data do sepultamento (onde existir este serviço no município de moradia habitual do segurado, sendo o seu valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do Município);
- i) Remoção do corpo/traslado (no município de moradia habitual);
- j) Repatriamento (até o município de moradia habitual);
- k) Paramentos (essa);
- l) Mesa de condolências;
- m) Velas;
- n) Velório (valor equivalente à taxa cobrada pela Prefeitura do município de moradia habitual);
- o) Véu; e
- p) Um enfeite e uma coroa.

1.10. Todos os itens acima serão disponibilizados conforme infra-estrutura local. Não caberá a seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou não sejam comercializados em determinadas praças.

1.11. 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 ULTRAPASSAR O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, SENDO OS MESMOS DE RESPONSABILIDADE EXCLUSIVA DO BENEFICIÁRIO OU DA FAMÍLIA DO SEGURADO.

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

1.12.1. Nas localidades onde o serviço de cremação não exista, a indenização será em forma de reembolso.

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

1.14. Traslado: Traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de domicílio 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 do 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 desse limite, **deverá assumir integralmente a responsabilidade pela diferença do pagamento das despesas.** A partir da chegada do corpo nesse município, a prestadora de serviço assumirá os serviços garantidos pelo plano.

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).

1.15. 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, pré-definidas pelo interessado, sobre o acontecimento.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, também se aplicam a presente cobertura, as seguintes definições:

Domicílio do Segurado: endereço em que o segurado mantém sua residência habitual no Brasil.

Filho(s): aquele(s) considerado(s) dependente(s) econômico(s) do segurado, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, desde que observadas as condições indicadas abaixo:

- Filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
- Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
- Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de Ensino Médio, até completar 24 (vinte e quatro) anos.

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA:

- A) DESPESAS DE QUALQUER NATUREZA, SEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA DA SEGURADORA, QUANDO ACIONADA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO;**
- B) CREMAÇÃO PARA OS SEGURADOS QUE TENHAM MORADIA HABITUAL EM MUNICÍPIOS QUE NÃO DISPONHAM DESSE SERVIÇO;**
- C) SEPULTAMENTO DE MEMBROS;**
- D) DESPESAS NÃO PREVISTAS NESTAS CONDIÇÕES E/OU SUPERIORES AOS LIMITES PREVIAMENTE ACORDADOS; E**
- E) DESPESAS COM COMPRA DE JAZIGO, TERRENOS E CARNEIROS.**

4. CAPITAL SEGURADO

- 4.1.** O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.
- 4.2.** Em qualquer hipótese, o capital segurado do dependente, para o plano familiar, será estabelecido nas condições contratuais e limitado a 100% (cem por cento) do que couber ao segurado principal.
- 4.3.** Para o(s) filho(s) menor(es) de 14 (quatorze) anos a cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, limitado ao capital segurado contratado.

5. DATA DO EVENTO

- 5.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do falecimento do segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 6.1. O âmbito territorial para os **serviços de assistência de sepultamento** é o território nacional.
- 6.2. O âmbito territorial para os serviços de **assistência de traslado** é o globo terrestre até o município de moradia habitual no Brasil.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 7.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 14 – **PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA**, 19 – **CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL** e 20 – **CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA**, das condições gerais, esta cobertura cessa:
- a) No caso de contratação de Plano Familiar, o ex-cônjuge/companheiro(a) perderá automaticamente o direito de utilização desta cobertura com a ocorrência de separação judicial ou divórcio, seja ou não comunicado este fato à seguradora;
 - b) No caso de contratação de Plano Familiar, o ex-cônjuge/companheiro(a) perderá automaticamente o direito de utilização desta cobertura no caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS como companheiro(a) ou quando caracterizada a separação de fato ou a dissolução da união estável, quando se tratar de companheiro(a), seja ou não comunicado este fato à seguradora;
 - c) No caso de contratação de Plano Familiar, antes do falecimento do segurado principal, o(a) filho(a) que deixar de se enquadrar em uma das condições indicadas no item 2.1 da Cláusula 2 – **DEFINIÇÕES** desta condição especial, perderá automaticamente o direito de utilização desta cobertura, seja ou não comunicado este fato à seguradora;
 - d) Com o pagamento da capital segurado relativo ao funeral do segurado principal, referente a esta condição especial, extingue-se, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro;
 - e) Com o pagamento de capital segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;
 - f) Com o pedido do segurado principal de exclusão esta cobertura do seu certificado individual.

8. BENEFICIÁRIO

- 8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será aquele que comprovar que efetuou o pagamento das despesas previstas por esta cobertura, mediante apresentação das notas fiscais originais, nos casos de solicitação de reembolso.
- 8.2. No caso de acionamento da prestação de serviços, o pagamento será realizado diretamente ao prestador de serviços responsável pelo atendimento ao segurado, limitado ao capital segurado contratado.

9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1. Se optarem pelo **reembolso das despesas** com o funeral ou se não for possível à seguradora prestar o serviço, para a análise e regulação de sinistro deverão ser apresentados, além da documentação descrita na Cláusula 22 – **REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** das condições gerais, os respectivos documentos a seguir relacionados:
- a) Formulário de “Aviso de Sinistro”, preenchido e assinado pelo(s) responsável(is) pelo pagamento das despesas com o funeral, no caso de reembolso de despesas;
 - b) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o segurado;
 - c) Notas fiscais e recibos originais das despesas com o funeral;
 - d) Cópias do RG ou RNE, CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do(s)

responsável(is) pelo pagamento das despesas com o funeral;

- e) No caso de contratação de Plano Familiar, cópia da Certidão de Casamento atualizada ou declaração de união estável (pública ou particular, com firma reconhecida e na presença de duas testemunhas), em caso de sinistro do cônjuge/companheiro(a);
- f) No caso de contratação de Plano Familiar, cópia da Certidão de Nascimento, em caso de sinistro dos filhos;
- g) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo(s) responsável(is) pelo pagamento das despesas com o funeral, no caso de reembolso de despesas;
- h) Documentos comprovando o vínculo empregatício ou associativo com o estipulante e/ou subestipulante.

9.1.1. Para os casos de morte decorrente de acidente pessoal, além da documentação descrita na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais e dos documentos indicados acima, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Cópia do Laudo Necroscópico do IML – Instituto Médico Legal, no caso de morte acidental;
- b) Cópia do CNH – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for o condutor do veículo.

9.2. Se optarem pela **prestação do serviço** com o funeral, o prestador de serviços obterá junto aos familiares os respectivos documentos a seguir relacionados:

- a) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
- b) Cópias do RG ou RNE, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência do segurado principal;
- c) No caso de contratação de Plano Familiar, em caso de falecimento do cônjuge ou companheiro(a), além dos documentos indicados acima: cópia da Certidão de Óbito do cônjuge ou companheiro(a), cópias do RG ou RNE, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e do comprovante de residência, Cópia da Certidão de Casamento, se cônjuge ou declaração de união estável, se companheiro(a) e do comprovante de residência do cônjuge ou companheiro(a);
- d) No caso de contratação de Plano Familiar, em caso de falecimento do(a) filho(a), além dos documentos indicados acima: cópia da Certidão de Óbito do(a) filho(a), cópia do RG ou RNE, do CPF – Cadastro de Pessoa Física, se houver, ou, na ausência destes documentos, Cópia da Certidão de Nascimento.

9.3. A liberação da prestação de serviços funerários não caracteriza por si só, o direito do beneficiário de receber o capital segurado relativo às coberturas básicas de Morte – M, ou Morte Acidental – MA, ou Morte Acidental por Arma de Fogo – MA-AF observando as regras constantes na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das condições gerais.

9.4. As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a presente cobertura, bem como para pagamento de indenização (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das condições gerais.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento de uma indenização ao próprio segurado, de até 100% (cem por cento) do capital segurado contratado, caso o segurado venha a se tornar parcial ou totalmente inválido em caráter permanente, **em decorrência de lesão física provocada direta e exclusivamente por acidente pessoal coberto**, especificado na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais**.
- 1.2. Não haverá cobertura, se o evento resultar de um risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, também se aplicam a presente cobertura, as seguintes definições:

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.

Impotência Funcional: alteração ou redução da função de um órgão ou membro de forma parcial, que gera prejuízo ao indivíduo.

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

3. CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ POR ACIDENTE

- 3.1. Entende-se como Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, a perda, redução ou impotência funcional definitiva, parcial ou total, de um dos membros ou órgãos previstos na Tabela para Cálculo de Percentuais de Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente, prevista no Anexo I destas condições contratuais, em virtude de lesão física exclusivamente decorrente de acidente pessoal coberto, para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação pela medicina, considerando os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observado o disposto no item 3.9 desta cláusula.
- 3.2. A importância a ser paga será calculada aplicando-se os percentuais de perda funcional constatados, para o órgão/membro lesado, sobre as percentagens do grau previstas para referido órgão/membro na **Tabela Para o Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente conforme Anexo I destas condições contratuais**, cujo resultado será aplicado sobre o capital segurado vigente na data do acidente.
- 3.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, o valor da indenização por perda parcial é calculado pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução **e, sendo informado apenas o grau de redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento)**.
- 3.4. 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.

- 3.5. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado individual. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.
- 3.6. A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já deficiente antes do acidente será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva, o grau de invalidez preexistente.
- 3.7. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente prevista para a presente cobertura.
- 3.8. O pagamento de capital segurado por invalidez permanente total ou parcial por acidente do segurado estará condicionado à constatação de invalidez permanente, ou seja, após conclusão do tratamento do segurado ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, com o(s) grau(s) e tipo(s) de invalidez definitivamente caracterizado(s) e mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo segurado.
- 3.9. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA POR RELATÓRIO MÉDICO.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA:
- A) QUAISQUER DOENÇAS DESENCADEADAS OU AGRAVADAS PELO ACIDENTE, BEM COMO DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;
 - B) OS TRATAMENTOS E OPERAÇÕES CIRÚRGICAS DE CARÁTER ESTÉTICO NÃO CONSECUTIVOS AO ACIDENTE;
 - C) OS ERROS MÉDICOS;
 - D) AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO DOENÇAS OCUPACIONAIS RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, INCLUSIVE A LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, PROBLEMAS AUDITIVOS E OUTROS;
 - E) ENVENENAMENTO, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES;
 - F) TODO E QUALQUER DANO ESTÉTICO, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO; E
 - G) PERDA DE DENTES, AINDA QUE DECORRENTE DE ACIDENTE COBERTO.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.
- 5.2. Os capitais segurados da cobertura básica de Morte – M e da cobertura adicional de 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 a Morte, deduzido o valor já pago pela IPA.
- 5.3. Os capitais segurados da cobertura básica de Morte Acidental – MA e da cobertura adicional de

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 a Morte Acidental, deduzido o valor já pago pela IPA.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1.** Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 7.1.** O capital segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, após o pagamento da indenização referente a invalidez permanente parcial por acidente, de forma automática, se caracterizada a invalidez permanente total ou parcial por acidente, de acordo com as demais disposições desta cobertura, sem cobrança de prêmio adicional.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 8.1.** Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 14 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a)** Com o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a invalidez permanente total por acidente extingue-se, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro.

- 8.1.1.** Os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente pelo índice previsto na Cláusula 17 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, JUROS MORATÓRIOS das condições gerais.

9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1.** Para a análise e regulação de Sinistro relacionado a presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a)** Formulário “Aviso de Sinistro”, com todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado, ainda que assistido ou representado;
- b)** Relatório médico contendo diagnóstico, tratamento aplicado, alta definitiva e as sequelas definitivas, discriminadas em grau percentual;
- c)** No caso de segurado assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
- d)** Cópia do CNH – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for o condutor do veículo;
- e)** Exames médicos e radiografias, se houver;
- f)** Documentos comprovando o vínculo empregatício ou associativo com o estipulante e/ou subestipulante;
- g)** Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado.

- 9.2.** As demais regras para análise e regulação de sinistros relacionadas a presente cobertura, bem como para pagamento de indenização (se caracterizado risco coberto) estão indicados na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, das condições gerais.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – AUTÔNOMA – IFPD

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado contratado, 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 na Cláusula 3 – RISCOS COBERTOS desta condição especial, ocorrida durante a vigência do seguro, **observada as condições contratuais**.
- 1.2. **Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, também se aplicam a presente cobertura, as seguintes definições:

Agravo Mórbido: piora de uma doença.

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.

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

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

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

Cardiopatia Grave: doença relacionada às afecções do coração considerada grave, e que atenda os seguintes critérios de forma conjunta:

- Classe funcional III ou IV segundo a NYHA – New York Heart Association;
- Fração de ejeção mensurada no ecodopplercardiograma inferior a 0,35% (trinta e cinco centésimos por cento) e,
- Que estejam otimizados todos os recursos terapêuticos aplicados à cardiopatia por um ano consecutivo e ininterrupto sem levar à melhora da condição clínica do segurado principal.

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

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

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

Dados Antropométricos: peso e a altura do segurado.

Deficiência Visual: perda total ou parcial, congênita ou adquirida, da visão segundo os critérios da Sociedade Brasileira de Oftalmologia. Não são deficientes visuais pessoas com doenças como miopia, astigmatismo ou hipermetropia.

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

Doenças Crônicas: doenças com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

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

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

Doença em Fase Terminal: estágio da doença sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do segurado, acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

Doença Neoplasia 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 e tumores malignos em atividade.

Estado Conexo: representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.

Etiologia: causa de cada doença.

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

Hígido: saudável.

Impotência Funcional: é a alteração da função orgânica ou de partes do organismo, que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.

Perda da Existência Independente do Segurado: ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das suas relações autonômicas.

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

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

Recidiva: reaparecimento de uma doença.

Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.

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

Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar.

Sequela: perda funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

Transferência Corporal: capacidade do segurado de se deslocar de um local para outro andando.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total **exclusivamente em decorrência de doença que cause a perda da existência independente do segurado**, especificado no item 3.2 desta cláusula, ocorrida durante o período de vigência do seguro, **observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos**.
- 3.2. Para todos os efeitos desta cobertura é considerada perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das suas relações autonômicas comprovadas na forma definida nos itens 3.4 e 3.5 desta cláusula. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados na Cláusula 8 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta condição especial.
- 3.3. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por médico legalmente habilitado.
- 3.4. Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e aplicadas pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:
- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”, de acordo com a definição constante do item 2.1 da Cláusula 2 – DEFINIÇÕES desta condição especial;
 - 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 seu controle clínico;
 - c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e 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 no 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 o somatório 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 o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado; e
 - 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 dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.5. 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, conforme Anexo II destas condições contratuais, 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 Estados Conexos, avalia, por meio de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos);
- c) O 1º (primeiro) 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 (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra a situação 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 Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas;
- g) Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

3.6. As coberturas adicionais de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Autônoma – IFPD, Doenças Graves e Procedimento Previsto – DG e Diagnóstico de Câncer – DC não podem ser contratadas em conjunto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL, 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 EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA DE E/OU RELACIONADA:

- 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 INDIRETA 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) AS DOENÇAS EM GERAL, CUJA ETIOLOGIA POSSA GUARDAR ALGUMA RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO, DIRETA OU INDIRETA, EM QUALQUER EXPRESSÃO, COM ATIVIDADE LABORATIVA EXERCIDA PELO SEGURADO, EM QUALQUER TEMPO PREGRESSO;
- D) DOENÇAS CUJA EVOLUÇÃO NATURAL TENHA SIDO AGRAVADA POR TRAUMATISMO;
- E) AS DOENÇAS NAS QUAIS SE DOCUMENTE ALGUMA INTERAÇÃO E/OU INTERCORRÊNCIA RELACIONADAS A TRAUMATISMOS E/OU EXPOSIÇÕES A ESFORÇOS FÍSICOS, REPETITIVOS OU NÃO, E/OU A POSTURAS VICIOSAS;
- F) OS QUADROS CLÍNICOS INCAPACITANTES, COM REPERCUSSÕES CLÍNICAS PARCIAIS QUE NÃO IMPLIQUEM EM PERDA DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE DO SEGURADO; E
- G) TODA E QUALQUER OUTRA CONDIÇÃO MÉDICA QUE NÃO SE ENQUADRE NOS CRITÉRIOS DEFINIDOS NA CLÁUSULA 3 – RISCOS COBERTOS DESTA CONDIÇÃO ESPECIAL.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

- 5.2. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1. Considera-se como data do evento, para efeito cobertura de determinação do capital segurado, a data da caracterização da Invalidez Funcional e Permanente Total por Doença, indicada no relatório médico de que trata a Cláusula 8 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta condição especial.
- 6.2. 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.
- 6.3. Para fins desta cobertura, a seguradora não aceitará que seja nomeado 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.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 7.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 14 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA das condições gerais, esta cobertura cessa:
- a) Com o pedido do segurado principal de excluir esta cobertura do seu certificado individual.

8. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1. Do relatório médico 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 na Cláusula 3 – RISCOS COBERTOS desta condição especial, indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
- 8.2. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura, além da documentação descrita na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:
- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou seu representante legal;
- b) No caso de segurado assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
- c) Relatório do Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente 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 autonômicas do segurado;
- d) 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;
- e) Exames e relatórios médicos que confirmem a ocorrência de evento coberto;
- f) Documentos comprovando o vínculo empregatício ou associativo com o estipulante e/ou subestipulante;
- g) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado.

9. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

- 9.1.** A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só o estado de invalidez permanente de que trata essa cobertura, devendo ser comprovada por relatório médico.
- 9.2.** A seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os 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.

10. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

- 10.1.** As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença serão de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas efetuadas 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 constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1.** Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES OU PROCEDIMENTO PREVISTO – DG

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado ao beneficiário, em decorrência de diagnóstico de uma das doenças ou procedimento, definidos na Cláusula 2 – DEFINIÇÕES desta condição especial, ocorrido durante a vigência do seguro, **observados os riscos excluídos e as demais condições contratuais.**
- 1.2. **Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, também se aplicam a presente cobertura, as seguintes definições:

Acidente Vascular Cerebral – Derrame ou AVC: obstrução aguda da circulação sanguínea cerebrovascular causada por obstrução do fluxo sanguíneo ou hemorragia subaracnoidea, hemorragia intracerebral ou infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio de fala, distúrbio cognitivo e parestesia e/ou plegias). O diagnóstico de acidente vascular cerebral crítico deve ser feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro, ressonância magnética ou exame de líquido. Deverá ser provada a existência de déficit neurológico nos últimos 3 (três) meses.

Carcinoma 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 citológico e histológico conclusivo. O termo Câncer também incluiu as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença ou Linfoma de Hodgkin.

Infarto Agudo do Miocárdio: é a morte de qualquer parte do músculo cardíaco como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O infarto deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico especialista e o diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:

- a) Alterações recentes e características de infarto no eletrocardiograma – ECG;
- b) Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB) ou Ecocardiograma ou Cintilografia Miocárdica.

O Procedimento Previsto coberto por esta cobertura é o **Transplante de Órgãos Total, ou seja**, necessidade médica do segurado de transplante em função de perda irreversível da função dos seguintes órgãos: **coração, fígado, pulmão, pâncreas ou medula óssea.**

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico das doenças, **Acidente Vascular Cerebral – Derrame ou AVC, Carcinoma ou Câncer e Infarto Agudo do Miocárdio** ou da realização do seguinte procedimento: **Transplante de Órgãos, observado as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos.**
- 3.2. O diagnóstico das doenças ou a realização do procedimento destacado acima, deverão ser comprovados por relatório emitido por médico especialista pela 1ª (primeira) vez em data posterior ao início de vigência da cobertura da apólice, por meio de resultado de exames complementares apropriados ao caso e aceitos pela comunidade médico-científica, além dos documentos indicados na Cláusula 12 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS desta condição especial.

- 3.3. Após o pagamento da indenização por uma das doenças graves ou procedimento previsto, esta cobertura será extinta. Não há reintegração do capital segurado, portanto, somente haverá garantia desta cobertura para o 1º (primeiro) diagnóstico de uma das doenças ou procedimento previstos nestas condições especiais, estando excluída, em toda e qualquer hipótese se ocorrerem a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de uma doença ou procedimento.
- 3.4. Serão consideradas como mesmo evento, as patologias relacionadas às doenças graves e ao procedimento previsto nesta cobertura, que sejam reincidentes durante a vigência da apólice e suas consequências e/ou aquelas consideradas agravos clínicos da doença primária.
- 3.5. Não será aceito, para fins de liquidação do sinistro, relatório emitido por médico que seja o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- 3.6. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com as coberturas adicionais de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Autônoma – IFPD e Diagnóstico de Câncer – DC.

4. PERÍODO DE SOBREVIVÊNCIA

- 4.1. Período de 30 (trinta) dias, contados a partir do diagnóstico de uma das doenças graves ou da realização do procedimento previsto coberto, durante o qual o segurado precisa sobreviver a fim de se tornar elegível ao recebimento da indenização prevista nesta cobertura.
- 4.2. Se a morte ocorrer durante o período de sobrevivência, o capital segurado da presente cobertura não será devido.
- 4.3. Caso o segurado venha a falecer durante este período, o beneficiário poderá receber somente o capital segurado da cobertura básica de Morte – M, ou seja, esta cobertura adicional e a cobertura básica de Morte – M não se acumulam.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

- 5.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL:
- A) DOENÇAS PROFISSIONAIS;
 - B) ANOMALIAS CONGÊNITAS INDEPENDENTEMENTE DE QUANDO SE MANIFESTEM;
 - C) DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE PELO PRÓPRIO SEGURADO;
 - D) 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;
 - E) DANOS E PERDAS, INCLUSIVE SE FOREM DIRETAMENTE OU INDIRETAMENTE RELACIONADOS ÀS GARANTIAS ESTABELECIDAS NESTAS CONDIÇÕES; E
 - F) PREJUÍZOS DECORRENTES DE INVALIDEZ PROFISSIONAL SEJA ELA PERMANENTE OU TEMPORÁRIA.
- 5.1.1. 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.

- 5.2. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS NO ITEM 5.1, ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA CARCINOMA OU CÂNCER:**
- A) TODOS OS CÂNCERES DE PELE, EXCETO A MELANOMA;
 - B) SARCOMA DE KAPOSÍ E OUTROS TUMORES RELATIVOS À AIDS;
 - C) LEUCEMIA CRÔNICA (LEUCEMIA LINFOIDE CRÔNICA E LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA);
 - D) NEOPLASIAS BENIGNAS;
 - 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 COM ESCORE DE GLEASON INFERIOR A 8 PONTOS OU INFERIOR A T2NOMO PELA CLASSIFICAÇÃO TNM; E
 - H) QUALQUER TIPO DE CÂNCER DIAGNOSTICADO ANTES DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE E CUJA RECÍDIVA OU INVASÃO OCORRA NOS 30 (TRINTA) DIAS APÓS O INÍCIO DE VIGÊNCIA.
- 5.3. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS NO ITEM 5.1, ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO:**
- A) OS INFARTOS DO MIOCÁRDIO ANTIGOS DEMONSTRADOS ATRAVÉS DE CINTILOGRAFIA MIOCÁRDICA, ECOCARDIOGRAMA OU ELETROCARDIOGRAMA;
 - B) TODAS AS ANGINAS DE PEITO, INCLUINDO ANGINA ESTÁVEL E INSTÁVEL;
 - C) INFARTO DO MIOCÁRDIO SEM ELEVAÇÃO DO SEGMENTO ST NO ELETROCARDIOGRAMA COM ELEVAÇÃO DA TROPONINA “I” OU “T”;
 - D) OUTRAS SÍNDROMES CORONARIANAS AGUDAS.
- 5.4. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS NO ITEM 5.1, ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC:**
- A) ATAQUES ISQUÊMICOS TRANSITÓRIOS – AIT;
 - B) QUALQUER OUTRA ALTERAÇÃO NEUROLÓGICA, NÃO RESULTANTE DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL;
 - C) HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR ACIDENTE PESSOAL;
 - D) HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR TUMORES;
 - E) HEMORRAGIA CEREBRAL CAUSADA POR CIRURGIAS NO CÉREBRO;
 - F) OBSTRUÇÃO DE ARTÉRIA OFTÁLMICA RESULTANDO EM DANO NEUROLÓGICO; E
 - G) SINTOMAS NEUROLÓGICOS CAUSADO POR ENXAQUECAS.
- 5.5. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS NO ITEM 5.1, ESTARÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS OS SEGUINTE EVENTOS PARA TRANSPLANTE ÓRGÃOS VITAIS:**
- A) TRANSPLANTES DOS DEMAIS ÓRGÃOS NÃO LISTADOS NESTAS CONDIÇÕES ESPECIAIS;
 - B) TRANSPLANTE DE PELE;
 - C) TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO;
 - D) TRANSPLANTE DE CÉLULAS-BETA DO PÂNCREAS;
 - E) AUTOTRANSPLANTE (TRANSPLANTE DE PARTES DO INDIVÍDUO EM SI PRÓPRIO), EXCETO DE MEDULA ÓSSEA;
 - F) COLOCAÇÃO DE CORAÇÃO ARTIFICIAL, AINDA QUE COLOCADO TEMPORARIAMENTE, VISANDO A COLOCAÇÃO DE CORAÇÃO HUMANO NO FUTURO; E
 - G) TRANSPLANTE DE QUAISQUER ÓRGÃOS NÃO-HUMANOS.

6. CAPITAL SEGURADO

- 6.1.** O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites especificados na contratação.

7. DATA DO EVENTO

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

7.1.1. A data indicada pelo relatório médico da ocorrência do Acidente Vascular Cerebral – Derrame ou AVC, em caso de ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL – AVC.

7.1.2. A data indicada pelo relatório médico do diagnóstico de câncer, em caso de CARCINOMA OU CÂNCER.

7.1.3. A data indicada pelo relatório médico da ocorrência do Infarto Agudo do Miocárdio, em caso de INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO.

7.1.4. A data indicada pelo relatório médico com recomendação de transplante contendo a data de inclusão do segurado na lista de transplante, em caso de TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS VITAIS.

8. CARÊNCIA

8.1. O PRAZO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA, PODERÁ SER DE, NO MÁXIMO, 180 (CENTO E OITENTA) DIAS E SERÁ DEFINIDO NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

9. FRANQUIA

9.1. A FRANQUIA PREVISTA PARA ESTA COBERTURA, SE APLICADA, SERÁ ESTABELECIDA NO CONTRATO DE SEGURO E PODERÁ SER DE, NO MÁXIMO, 30 (TRINTA) DIAS, A CONTAR DA DATA DO DIAGNÓSTICO DA DOENÇA GRAVE COBERTA, DESDE QUE O SEGURADO ESTEJA VIVO.

10. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

10.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 14 –PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA das condições gerais, esta cobertura cessa:

a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente, esta cobertura adicional.

11. BENEFICIÁRIO

11.1. Será o próprio segurado.

12. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

12.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura além da documentação descrita na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

a) “Formulário de Doença Terminal/Doenças Graves/Diagnóstico de Câncer”, com todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou pelo seu representante legal;

b) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou, no caso de segurado assistido ou representado, pelo seu representante legal;

c) No caso de segurado assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante

legal do solicitante;

d) Documentos comprovando o vínculo empregatício ou associativo com o estipulante e/ou subestipulante.

12.1.1. Para o evento decorrente de **Carcinoma ou Câncer**, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o(a) segurado(a);
- b) Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia, contendo o resultado do exame anatomopatológico, estágio de neoplasia, tratamento realizado e a realizar de modo detalhado e prognóstico;
- c) Cópia do exame anatomopatológico que comprove o diagnóstico de câncer;
- d) Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivos (apropriados para cada caso); e,
- e) Laudo do perito médico, **quando solicitado pela seguradora.**

12.1.2. Para o evento decorrente de **Infarto Agudo do Miocárdio** será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o(a) segurado(a);
- b) Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em cardiologia demonstrado por pelo menos 2 (dois) dos seguintes sintomas ou sinais: eletrocardiograma com alterações recentes e elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB) ou Ecocardiograma ou Cintilografia Cardíaca, ou outros exames complementares aplicáveis ao caso.

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

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o(a) segurado(a);
- b) Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em neurologia ou neurocirurgia; e
- c) Exames complementares apropriados (tomografia computadorizada, ressonância magnética e exame de fluido cefalorraquidiano, entre outros).

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

- a) Relatório Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o(a) segurado(a);
- b) Laudo de diagnóstico e exames complementares apropriados, com recomendação de transplante contendo a data de inclusão do segurado na lista de transplante, feita por médicos habilitados na especialidade da patologia em questão.

12.2. Não serão aceitos, para fins de liquidação do sinistro, relatórios emitidos por médico que seja o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

12.3. Somente será paga por este seguro a indenização referente à primeira doença diagnosticada dentre as previstas nestas condições especiais, no prazo de vigência desse seguro e após o período de carência.

12.4. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao(s) segurado(s) os motivos do não pagamento da indenização, o que poderá ser

feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

- 12.5.** A documentação especificada nas respectivas condições especiais das coberturas não é restritiva. A seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos/informações que se façam necessários durante a regulação do sinistro, para conclusão da análise e sua completa elucidação.

13. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 13.1.** Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER – DC

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, tem por objetivo garantir, mediante o recebimento de prêmio adicional, o pagamento do capital segurado ao beneficiário, em decorrência de diagnóstico do 1º (primeiro) câncer do segurado, conforme definido nas Cláusulas 2 – DEFINIÇÕES e 3 – RISCOS COBERTOS desta condição especial, **observada as condições contratuais**.
- 1.2. **Não haverá cobertura, se o evento resultar de risco excluído e/ou em caso de perda de direitos previsto nas condições gerais.**

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Além das definições indicadas na Cláusula 2 – GLOSSÁRIO das condições gerais, também se aplicam a presente cobertura, as seguintes definições:

Câncer: é a designação genérica de neoplasia maligna, está caracterizada pelo crescimento anormal e desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo se espalhar para outras regiões do organismo.

Carcinoma: é um tumor maligno desenvolvido a partir de células epiteliais, glandulares (adenocarcinoma) ou do trofoblasto (córioncarcinoma) que tende a invadir tecidos circulares originando metástases.

Carcinoma Primário: é o tumor maligno original, podendo surgir em qualquer órgão ou tecido do corpo. Em geral, o câncer recebe o nome de acordo com sua localização inicial.

Carcinoma *in situ*: é a neoplasia que está ainda localizada e limitada ao seu ponto de origem, porém, é uma lesão pré-neoplásica, ou seja, se não removida, evoluirá com alta probabilidade para carcinoma epidermóide invasivo.

Diagnóstico de Câncer: é o conjunto de medidas de ordem médica capazes de estabelecer a confirmação de uma doença neoplásica maligna (câncer), nos termos das condições contratuais desse seguro. **O diagnóstico de câncer terá de atender, integralmente, os critérios estabelecidos na literatura mundial e aceitos pelas respectivas sociedades médico-científicas especializadas e pelo ministério da saúde do Brasil.**

Estádio da Neoplasia: é a fase da evolução de uma neoplasia. O conceito de estágio é utilizado na caracterização da progressão de uma neoplasia possibilitando a sua classificação, orientando a determinação da melhor conduta médica e subsidiando definições ao prognóstico da doença.

Exame Anatomopatológico: é o exame composto de estudo macroscópico e microscópico de material orgânico voltado ao estabelecimento de diagnósticos. Tais exames são utilizados quando da realização de biópsias e de coletas de material, como ocorre nos exames preventivos na mulher. A parte microscópica também é chamada de exame histopatológico. O exame anatomopatológico é um dos exames de escolha para o diagnóstico de câncer.

Exames de Prevenção: são procedimentos de investigação médica capazes de antecipar o diagnóstico de situações clínicas que sejam precursoras de doenças ou mesmo realizar seus diagnósticos precocemente.

Para fins aplicados a esta apólice os exames de prevenção mencionados são aqueles capazes de antecipar o conhecimento de lesões que possam estar relacionadas aos cânceres de mama e de colo do útero.

Médico Especialista: é o profissional médico reconhecido segundo critérios estabelecidos e referendados em Resolução expedida pelo Conselho Federal de Medicina, como especialista em um segmento da medicina, chamado de especialidade médica.

Metástase: é o crescimento de uma neoplasia em região do organismo diferente daquela na qual o tumor se originou, sem que haja continuidade entre a lesão à distância (metástase) e o foco inicial (tumor primário), caracterizando disseminação da doença.

Neoplasia: é uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo com efeitos agressivos sobre o hospedeiro.

Neoplasia Benigna: é uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo, mas de caráter benigno, no qual os efeitos agressivos sobre o hospedeiro tendem a se limitar ao local do seu desenvolvimento.

Neoplasia Maligna: é uma proliferação anormal e independente de tecido orgânico, fora do controle do organismo, com a característica de invasão e destruição dos tecidos locais e os normais ao seu redor, no qual os efeitos agressivos sobre o hospedeiro não se limitam ao local do seu desenvolvimento, podendo disseminar para outras regiões além daquela em que se originou.

Neoplasia Maligna de Pele Não-Melanoma: o câncer de pele não melanoma é um dos mais comuns, se desenvolve lentamente e dificilmente se espalha para outras áreas do corpo. Tem origem nas camadas mais externa, geralmente é o das células basais ou escamosas, sendo o último com risco maior de invadir o tecido gorduroso, atingir os linfonodos, e outros órgãos.

Período de Sobrevivência: período de 30 (trinta) dias, contados a partir do diagnóstico do Carcinoma ou Câncer, durante o qual o segurado precisa sobreviver a fim de se tornar elegível ao recebimento da indenização prevista nesta cobertura. **Se a morte ocorrer durante o período de sobrevivência, o capital segurado da presente cobertura não será devido. Caso o segurado venha a falecer durante este período, o beneficiário poderá receber somente o capital segurado da cobertura básica de Morte – M, ou seja, esta cobertura adicional e a cobertura básica de Morte – M não se acumulam.**

Prognóstico: é a previsão médica da evolução ou de um resultado provável de uma doença que, nos termos dessa apólice de seguros.

3. RISCOS COBERTOS

- 3.1. A presente cobertura garante o pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, **em decorrência da primeira neoplasia maligna diagnosticada, observada as condições contratuais e os riscos expressamente excluídos, e desde que cumpridos o seguinte requisito:**
 - a) **Que a neoplasia maligna tenha sido diagnostica, obrigatoriamente em vida e comprovada em data posterior ao início da vigência da cobertura da apólice.**
- 3.2. **O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo de malignidade por oncologista ou patologista.**
- 3.3. **Após o pagamento da indenização referente a esta cobertura, esta garantia será extinta. Não há reintegração do capital segurado, portanto, somente haverá garantia desta cobertura para a primeira neoplasia maligna diagnosticada, conforme a Cláusula 4 – RISCOS EXCLUÍDOS desta condição**

especial, estando excluídas, em toda e qualquer hipótese, para efeito deste seguro e de suas renovações, se ocorrerem, a possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de um câncer.

- 3.4. Não será aceito, para fins de liquidação do sinistro, relatório emitido por médico que seja o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- 3.5. Esta cobertura adicional não poderá ser contratada em conjunto com as coberturas adicionais de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença – Autônoma – IFPD e Doenças Graves ou Procedimento Previsto – DG.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

- 4.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS MENCIONADOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA ADICIONAL:
- A) DOENÇAS CAUSADAS INTENCIONALMENTE PELO PRÓPRIO SEGURADO;
 - B) INTERVENÇÕES MÉDICAS OU TRATAMENTOS COM DROGAS OU MATERIAIS EXPERIMENTAIS, QUALQUER QUE SEJA A FASE DE DESENVOLVIMENTO DESTES;
 - C) DOENÇAS PROFISSIONAIS;
 - D) ANOMALIAS CONGÊNTAS, INDEPENDENTEMENTE DE QUANDO SE MANIFESTEM;
 - E) TODOS OS CÂNCERES DE PELE, EXCETO O MELANOMA MALIGNO;
 - F) SARCOMA DE KAPOSÍ E OUTROS TUMORES RELATIVOS À AIDS;
 - G) LEUCEMIA CRÔNICA (LEUCEMIA LINFOIDE CRÔNICA E LEUCEMIA MIELOIDE CRÔNICA);
 - H) CÂNCER QUE, ATRAVÉS DE EXAME HISTOLÓGICO, TENHA CLASSIFICAÇÃO IGUAL A T1;
 - I) CARCINOMA NÃO INVASIVO (CARCINOMA “IN SITU”) E QUALQUER GRAU DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL – NIC;
 - J) TUMORES OU LESÕES DESCRITAS COMO PRÉ-MALIGNAS;
 - K) CÂNCER DE PRÓSTATA COM SCORE DE GLEASON INFERIOR A 8 PONTOS OU INFERIOR A T2NOMO PELA CLASSIFICAÇÃO TNM;
 - L) QUALQUER TIPO DE CÂNCER DIAGNOSTICADO ANTES DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE E CUJA RECÍDIVA OU INVASÃO OCORRA NOS 30 (TRINTA) DIAS APÓS O INÍCIO DE VIGÊNCIA.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos na contratação.

6. DATA DO EVENTO

- 6.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data indicada pelo relatório médico do diagnóstico de câncer, realizado em vida.

7. CARÊNCIA

- 7.1. O PRAZO DE CARÊNCIA PARA ESTA COBERTURA, PODERÁ SER DE, NO MÁXIMO, 180 (CENTO E OITENTA) DIAS E SERÁ DEFINIDO NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS.

8. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 8.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 14 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 –

CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA das condições gerais, esta cobertura cessa:

- a) Com o pagamento do capital segurado relativo a esta cobertura extingue-se, imediata e automaticamente esta cobertura.**

9. BENEFICIÁRIO

- 9.1.** Será o próprio segurado.

10. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 10.1.** Para a análise e regulação de sinistro relacionado a presente cobertura além da documentação descrita na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:
- a) “Formulário de Doença Terminal/Doenças Graves/Diagnóstico de Câncer”, com todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado ou pelo seu representante legal;
 - b) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado ou, no caso de segurado assistido ou representado, pelo seu representante legal;
 - c) No caso de segurado assistido ou representado, documento que comprove a condição de representante legal do solicitante;
 - d) Relatório do Médico, devidamente preenchido e assinado pelo médico;
 - e) Laudo de diagnóstico da doença elaborado por médico habilitado em oncologia, contendo o resultado do exame anatomopatológico, estágio de neoplasia, tratamento realizado e a realizar de modo detalhado e prognóstico;
 - f) Laudo de exames citológicos e histológicos conclusivos (apropriados para cada caso);
 - g) Laudo do perito médico, **quando solicitado pela seguradora; e**
 - h) Documentos comprovando o vínculo empregatício ou associativo com o estipulante e/ou subestipulante.
- 10.2.** O pagamento das indenizações relativas à cobertura básica de Morte e da cobertura adicional de Diagnóstico de Câncer se acumulam, ou seja, se depois de paga uma indenização pela cobertura adicional de Diagnóstico de Câncer – DC, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo evento, a seguradora responderá também pela indenização referente à cobertura de Morte, observado os termos e disposições das condições contratuais.
- 10.3.** Não serão aceitos, para fins de liquidação do sinistro, relatórios emitidos por médico que seja o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- 10.4.** **Somente será paga por este seguro a indenização referente à primeira neoplasia maligna diagnosticada dentre as previstas nestas condições especiais, no prazo de vigência desse seguro e após o período de carência.**
- 10.5.** As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao(s) segurado(s) os motivos do não pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

11. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 11.1.** Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) – IAC

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o recebimento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal, garantindo o pagamento do capital segurado contratado aos beneficiários, durante o período de vigência do seguro, em caso de falecimento de seu cônjuge/companheiro(a), **observados os riscos excluídos e as demais condições contratuais.**
- 1.2. Esta cobertura suplementar não se aplica se o cônjuge ou companheiro(a) e o segurado principal forem vinculados ao mesmo estipulante por meio empregatício ou associativo, não sendo permitida a participação simultânea no seguro na condição de “segurado principal e cônjuge/companheiro(a)”. Se ambos se candidatarem ao ingresso na apólice, somente poderão fazê-lo na condição de segurados principais.
- 1.3. Participarão do presente seguro, automaticamente, o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal.
- 1.4. Poderá ser aceito como segurado dependente, o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal que esteja na data da adesão ao seguro, em perfeitas condições normais de saúde e dentro do limite de idade, estabelecido nas condições contratuais.
- 1.5. Para a inclusão do cônjuge/companheiro(a) poderão ser solicitados novos documentos ou exames, caso a seguradora verifique que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes.
- 1.6. Esta cobertura suplementar prevê, apenas, a contratação da cobertura básica de Morte – M.
- 1.7. A contratação desta cobertura suplementar está condicionada a contratação da cobertura básica de Morte – M do segurado principal.
- 1.8. Esta cobertura suplementar não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura suplementar de Inclusão Facultativa de Cônjuge ou Companheiro(a) – IFC.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS ESTABELECIDOS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CADA COBERTURA CONTRATADA.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado do cônjuge/companheiro(a) incluído automaticamente será definido no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a cobertura básica de Morte – M do segurado principal.

4. DATA DO EVENTO

- 4.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data da ocorrência do evento coberto prevista na cobertura contratada pelo segurado principal.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos de acordo com o âmbito geográfico definido na cobertura contratada pelo segurado principal.

6. INÍCIO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)

- 6.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:
- a) Na data do início da garantia do risco individual do segurado principal; e
 - b) Na data da inclusão da condição no seguro, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)

- 7.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 14 –**PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA**, 19 – **CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL** e 20 – **CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA**, das condições gerais, esta cobertura cessa:
- a) Com a morte do segurado principal ou cônjuge/companheiro(a) ou sua invalidez funcional permanente e total por doença;
 - b) Na ocorrência de separação judicial/de fato ou divórcio;
 - c) No caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, quando se tratar de companheiro(a);
 - d) Dissolução da união estável.

8. BENEFICIÁRIO

- 8.1. Será o segurado principal.

9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionada a presente cobertura suplementar, além da documentação descrita na Cláusula 22 – **REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** das condições gerais e da documentação solicitada na cobertura contratada, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:
- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado;
 - b) Cópias do RG ou do RNE, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do cônjuge/companheiro(a);
 - c) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado;
 - d) Cópia da Certidão de Óbito do cônjuge/companheiro(a);
 - e) Cópia de 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; **ou**
 - f) Em caso de união estável (companheiro(a)), enviar Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou a cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou a cópia da declaração de Imposto de Renda onde comprove que o(a) companheiro(a) seja dependente do(a) segurado(a).
- 9.1.1. Para os casos de morte decorrente de acidente pessoal, além dos documentos indicados no item 9.1, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:
- a) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML;
 - b) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for o condutor de veículo.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS – IAF

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o recebimento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir todo(s) o(s) filho(s) do segurado principal, garantindo o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s), durante o período de vigência do seguro, em caso de falecimento de seu(s) filho(s), **observados os riscos expressamente excluídos a as demais disposições contratuais.**
- 1.2. Para fins desta cobertura são considerados:
- Filho(s):** entende-se como “filhos”, os considerados dependentes econômicos do segurado principal, de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda – IR:
- a) Filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
 - b) Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
 - c) Filho(a) ou enteado(a) universitário ou cursando escola técnica de 2º (segundo) grau, até completar 24 (vinte e quatro) anos.
- 1.3. A presente cobertura garante que serão estendidas ao(s) filhos(s) a cobertura básica de Morte – M contratada pelo segurado principal, desde que no momento da contratação esteja vigente, **observada as condições contratuais.**
- 1.4. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:
- a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado para filhos;
 - b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.
- 1.5. Cada filho(a) está coberto apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados principais, sendo considerado dependente do segurado de maior capital segurado.
- 1.6. Participarão automaticamente do presente seguro todos os filhos do segurado principal, desde que estejam em perfeitas condições normais de saúde.
- 1.7. Esta cobertura suplementar fica condicionada a contratação da cobertura suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge ou Companheiro(a) – IAC.
- 1.8. Esta cobertura suplementar não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura suplementar de Inclusão Facultativa de Filho(s) – IFF.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA SUPLEMENTAR, OS EVENTOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS ESTABELECIDO NA CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA CONTRATADA.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado da cobertura do(s) filho(s) será definido no contrato e não poderá, em hipótese alguma, ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a cobertura básica de Morte – M do segurado principal.

4. DATA DO EVENTO

- 4.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data da ocorrência do evento coberto prevista na cobertura contratada pelo segurado principal.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos de acordo com o âmbito geográfico definido na cobertura contratada pelo segurado principal.

6. INÍCIO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)

- 6.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:
- a) Na data do início da garantia do risco individual do segurado principal; e
 - b) Na data da inclusão da condição na apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)

- 7.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 14 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA, das condições gerais, esta cobertura cessa:
- a) No caso de término da condição de dependente, conforme previsto na Cláusula 1 – OBJETIVO DA COBERTURA desta condição especial;
 - b) Com a morte do segurado principal ou do(s) filho(s), com sua invalidez permanente total por acidente ou com sua invalidez funcional permanente e total por doença.

8. BENEFICIÁRIO

- 8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será:
- a) O segurado principal para os eventos decorrentes do falecimento do(a) filho(a); ou
 - b) Nas coberturas que preveem o reembolso, o beneficiário será quem comprovar que efetuou o pagamento das despesas ou, o próprio prestador de serviço.

9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionada a presente cobertura suplementar, além da documentação descrita na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais e da documentação solicitada na condição especial da cobertura contratada, deverá ser apresentado os documentos a seguir relacionados:
- a) Formulário “Aviso de Sinistro”, com todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado;
 - b) Cópias do RG(s) ou do RNE(s) e CPF(s) e do comprovante de residência do(s) filho(s);
 - i. Independente da idade do(s) filho(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles.
 - c) Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado;
 - d) Cópia da Certidão de Óbito do(a) filho(a).
- 9.1.1. Para os casos de morte decorrente de acidente pessoal, além dos documentos indicados no item 9.1, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:
- a) Cópia do Laudo Necroscópico do IML – Instituto Médico Legal, se realizado;
 - b) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o filho for o condutor do veículo;

-
- c) Declaração do estipulante e/ou subestipulante comprovando o vínculo associativo ou de emprego com o segurado.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1.** Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) – IFC

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o recebimento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal mediante solicitação na proposta de adesão, garantindo o pagamento do capital segurado contratado aos beneficiários, durante o período de vigência do seguro, em caso de falecimento de seu cônjuge/companheiro(a), **observados os riscos expressamente excluídos a as demais disposições contratuais.**
- 1.2. Esta cobertura suplementar não se aplica se o cônjuge/companheiro(a) e o segurado principal forem vinculados ao mesmo estipulante por meio empregatício ou associativo, não sendo permitida a participação simultânea no seguro na condição de “segurado principal e cônjuge/companheiro(a)”. Se ambos se candidatarem ao ingresso na apólice, somente poderão fazê-lo na condição de segurados principais.
- 1.3. Participarão do presente seguro o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal que expressamente autorizar/solicitar sua inclusão de forma facultativa.
- 1.4. A indicação do cônjuge 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 nesses últimos casos devolvidos os valores do prêmio referente à inclusão indevida da cobertura de cônjuge.**
- 1.5. Poderá ser aceito como segurado, o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal que esteja na data da adesão ao seguro, em perfeitas condições normais de saúde e dentro do limite de idade, estabelecido nas condições contratuais.
- 1.6. **Para a aceitação do cônjuge/companheiro(a) poderão ser solicitados novos documentos ou exames, caso a seguradora verifique que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes.**
- 1.7. Esta cobertura suplementar prevê, apenas, a contratação da cobertura básica de Morte – M.
- 1.8. **Esta cobertura suplementar não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge ou Companheiro(a) – IAC.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS DA COBERTURA CONTRATADA.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado do cônjuge/companheiro(a) facultativo será definido no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a cobertura básica de Morte – M do segurado principal.

4. DATA DO EVENTO

- 4.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data da ocorrência do evento coberto prevista na cobertura contratada pelo segurado principal.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos de acordo com o âmbito geográfico definido na cobertura contratada pelo segurado principal.

6. INÍCIO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)

- 6.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta condição começa a vigorar:
- Na data do início da cobertura do risco individual do segurado principal, desde que a inclusão de seu cônjuge/companheiro(a) seja solicitada simultaneamente, mediante análise e aceitação pela seguradora;
 - Quando este não for incluído simultaneamente com o segurado principal, o início de vigência do risco individual do seguro do cônjuge/companheiro(a) será a partir da vigência correspondente ao mês da solicitação expressa do segurado principal.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A)

- 7.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 14 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, 19 – CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA, das condições gerais, esta cobertura cessa:
- Com a morte do segurado principal ou cônjuge/companheiro(a) ou sua invalidez funcional permanente e total por doença;
 - Na ocorrência de separação judicial, de fato ou divórcio;
 - No caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, quando se tratar de companheiro(a);
 - Dissolução da união estável.

8. BENEFICIÁRIO

- 8.1. Será o segurado principal.

9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1. Para a análise e regulação de sinistro, relacionada a presente cobertura suplementar, além da documentação descrita na Cláusula 22 – REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS das condições gerais e da documentação solicitada na condição especial da cobertura contratada, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:
- Formulário “Aviso de Sinistro”, com todos os campos preenchidos e assinado pelo segurado;
 - Cópias do RG ou do RNE, do CPF – Cadastro de Pessoa Física e comprovante de residência do cônjuge/companheiro(a);
 - Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento de Sinistro, preenchido e assinado pelo segurado;
 - Cópia da Certidão de Óbito do cônjuge/companheiro(a);
 - Cópia da 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;
 - Em caso de companheira(o), enviar Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou a cópia da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário ou a cópia da declaração de Imposto de Renda onde comprove que o(a) companheiro(a) seja dependente do(a) segurado(a).

9.1.1. Para os casos de morte decorrente de acidente pessoal, além dos documentos indicados no item 9.1, deverão ser apresentados os documentos a seguir relacionados:

- a) Cópia do Laudo Necroscópico do Instituto Médico Legal – IML;
- b) Cópia da CNH – Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente de trânsito e se o segurado for o condutor do veículo.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHOS – IFF

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. Esta cobertura, se contratada, mediante o recebimento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir todo(s) o(s) filho(s) do segurado principal mediante solicitação na proposta de adesão, garantindo o pagamento do capital segurado contratado aos beneficiários, durante o período de vigência do seguro, em caso de falecimento de seu(s) filho(s), **observados os riscos expressamente excluídos a as demais disposições contratuais.**
- 1.2. Para fins desta cobertura são considerados:
- Filho(s):** entende-se como “filhos”, os considerados dependentes econômicos do segurado principal, de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda – IR:
- a) Filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
 - b) Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
 - c) Filho(a) ou enteado(a) universitário ou cursando escola técnica de 2º (segundo) grau, até completar 24 (vinte e quatro) anos.
- 1.3. A presente cobertura garante que serão estendidas ao(s) filho(s) a cobertura básica de Morte – M contratada pelo segurado principal, desde que no momento da contratação o seguro esteja vigente.
- 1.4. **Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:**
- a) **Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado para filhos;**
 - b) **Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.**
- 1.5. **Cada filho(a) está coberto apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados principais, sendo considerado dependente do segurado de maior capital segurado.**
- 1.6. Participarão facultativamente do presente seguro todos os filhos do segurado principal, desde que estejam em perfeitas condições normais de saúde.
- 1.7. **Não podem participar desta cobertura os filhos que façam parte do grupo de segurados.**
- 1.8. **Está cobertura suplementar não poderá ser contratada em conjunto com a cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filho(s) – IAF.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. **ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTA COBERTURA, OS EVENTOS DESCRITOS NA CLÁUSULA 4 – RISCOS EXCLUÍDOS DAS CONDIÇÕES GERAIS, ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS ESTABELECIDOS NA CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA CONTRATADA.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado da(s) cobertura(s) do(s) filho(s) será definido no contrato e não poderá, em hipótese alguma, ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado principal.

4. DATA DO EVENTO

- 4.1. Considera-se como data do evento, para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, a data da ocorrência do evento coberto prevista na cobertura contratada pelo segurado principal.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1. Esta cobertura abrange os eventos ocorridos de acordo com o âmbito geográfico definido nas condições da cobertura contratada pelo segurado principal.

6. INÍCIO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)

- 6.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começa a vigorar:
- a) Na data do início da garantia do risco individual do segurado principal; e
 - b) Na data da inclusão da condição na apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA DO(S) FILHO(S)

- 7.1. Além das hipóteses previstas nas Cláusulas 14 – **PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA**, 19 – **CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL** e 20 – **CANCELAMENTO DA APÓLICE COLETIVA**, das condições gerais, esta cobertura cessa:
- a) No caso de término da condição de dependente, conforme previsto no item 1.2 da Cláusula 1 – **OBJETIVO DA COBERTURA desta condição especial**;
 - b) Com a morte do segurado principal ou do(s) filho(s) ou com sua invalidez funcional permanente e total por doença.

8. BENEFICIÁRIO

- 8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será:
- a) O segurado principal para os eventos decorrentes do falecimento do(a) filho(a); ou
 - b) Nas coberturas que preveem o reembolso, o beneficiário será quem comprovar que efetuou o pagamento das despesas ou, o próprio prestador de serviço.

9. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 9.1. Para a análise e regulação de sinistro relacionada a presente cobertura suplementar, além da documentação descrita na Cláusula 22 – **REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS** das condições gerais e da documentação solicitada na condição especial da cobertura contratada, deverá ser apresentado os documentos a seguir relacionados:
- a) Cópias de RG(s) e CPF(s) do(s) filho(s);
 - i. Na falta do RG do(s) filho(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento;
 - ii. **Independente da idade do(s) filho(s), a(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do CPF(s) deles.**

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 10.1. Ratificam-se as condições gerais do seguro que não tenham sido modificadas pelas condições especiais desta cobertura. Em caso de conflito, prevalecerá o disposto nestas condições especiais.

ANEXO I

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

Caracterizada a cobertura adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, conforme previsto nestas condições especiais, 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	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	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
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	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
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	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 ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09

	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 (um terço) do valor do dedo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, indenização equivalente a 1/2 (metade), e dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 4 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 3 (três) centímetros	06
	Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 3 (três) centímetros	sem indenização
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		
	MANDIBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau máximo	15
	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
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com fístulas	25
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Unilateral	7
	Lesões da pálpebra	

DIVERSAS	Entrópio bilateral	14
	Ptose palpebral bilateral	10
	Entrópio bilateral	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
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total das duas orelhas	16
	Amputação total de uma orelha	8
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Incontinência urinária permanente	30
	Cistostomia (definitiva)	30
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	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
	APARELHO REPRODUTOR E GENITAL	
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda de dois testículos	15
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero depois da menopausa	10
	Perda de um testículo	05
	Perda de um ovário	05
	PESCOÇO	
	Traqueostomia definitiva	40
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	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
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia bilateral	20
	Mastectomia unilateral	10

DIVERSAS	ABDOMEM (ÓRGÃO E VISCERAS)	
	Gastrectomia total	40
	Gastrectomia subtotal	20
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia	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
	FÍGADO	
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20

ANEXO II

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (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 sem supervisão; 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 assistência 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 déficit cognitivo?	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) comprovada(s) 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, encontrando-se 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 assistência e/ou auxílio técnico?	20

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O segurado realiza, sem assistência, 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 auto-suficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos?	00
	2º GRAU: O segurado necessita de assistência e/ou auxílio técnico eventuais 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 assistência mantida para as atividades diárias de higiene e asseio pessoal, assim como para aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40 (quarenta)?	2
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso?	2
Há curso de recidiva e/ou progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não a disfunção imune?	4
Existem mais de 2 (dois) fatores agravantes de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade?	4
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica?	8

Tabela de Reenquadramento por Idade (% máximo a ser aplicado):

Legenda (Coberturas): M = Morte/ MA = Morte Acidental/ MA-AF = Morte Acidental por Arma de Fogo/ DI-M = Despesas com Inventário/ AAM = Auxílio Alimentação por Morte/ IPA = Invalidez Permanente Parcial ou Total por Acidente/ IFPD = Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Autônoma/ DG = Doenças Graves/ DC = Diagnóstico de Câncer/ IAC = Inclusão Automática de Cônjuge/ IAF = Inclusão Automática de Filhos/ DE = Decessos/ IFC = Inclusão Facultativa de Cônjuge/ IFF = Inclusão Facultativa de Filhos.

Coberturas	M	MA	MA-AF	DI-M	AAM	IPA	IAC-M	IAF-M	IFC-M	IFF-M	DE-I	DE-F	IFPD	DG
Idade	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	2,69%	0,00%	0,00%	2,69%	2,69%	0,00%	2,69%	0,00%	2,69%	0,00%	2,69%	2,69%	2,70%	0,00%
18	2,62%	0,00%	0,00%	2,62%	2,62%	0,00%	2,62%	0,00%	2,62%	0,00%	2,62%	2,62%	2,63%	0,00%
19	4,08%	0,00%	0,00%	4,08%	4,08%	0,00%	4,26%	0,00%	4,26%	0,00%	4,08%	4,08%	5,13%	1,50%
20	4,17%	0,00%	0,00%	4,17%	4,17%	0,00%	4,08%	0,00%	4,08%	0,00%	4,17%	4,17%	3,66%	0,98%
21	4,00%	0,00%	0,00%	4,00%	4,00%	0,00%	3,92%	0,00%	3,92%	0,00%	4,00%	4,00%	3,53%	1,64%
22	3,62%	0,00%	0,00%	3,62%	3,62%	0,00%	3,77%	0,00%	3,77%	0,00%	3,62%	3,62%	4,55%	1,48%
23	3,71%	0,00%	0,00%	3,71%	3,71%	0,00%	3,64%	0,00%	3,64%	0,00%	3,71%	3,71%	3,26%	1,25%
24	5,26%	0,00%	0,00%	5,26%	5,26%	0,00%	5,26%	0,00%	5,26%	0,00%	5,26%	5,26%	5,26%	1,82%
25	3,40%	0,00%	0,00%	3,40%	3,40%	0,00%	3,33%	0,00%	3,33%	0,00%	3,40%	3,40%	3,00%	2,13%
26	4,84%	0,00%	0,00%	4,84%	4,84%	0,00%	4,84%	0,00%	4,84%	0,00%	4,84%	4,84%	4,85%	2,08%
27	4,61%	0,00%	0,00%	4,61%	4,61%	0,00%	4,62%	0,00%	4,62%	0,00%	4,61%	4,61%	4,63%	2,16%
28	2,82%	0,00%	0,00%	2,82%	2,82%	0,00%	2,94%	0,00%	2,94%	0,00%	2,82%	2,82%	3,54%	2,00%
29	4,29%	0,00%	0,00%	4,29%	4,29%	0,00%	4,29%	0,00%	4,29%	0,00%	4,29%	4,29%	4,27%	1,80%
30	4,11%	0,00%	0,00%	4,11%	4,11%	0,00%	4,11%	0,00%	4,11%	0,00%	4,11%	4,11%	4,10%	1,28%
31	3,95%	0,00%	0,00%	3,95%	3,95%	0,00%	3,95%	0,00%	3,95%	0,00%	3,95%	3,95%	3,94%	2,86%
32	2,58%	0,00%	0,00%	2,58%	2,58%	0,00%	2,53%	0,00%	2,53%	0,00%	2,58%	2,58%	2,27%	4,81%
33	3,70%	0,00%	0,00%	3,70%	3,70%	0,00%	3,70%	0,00%	3,70%	0,00%	3,70%	3,70%	3,70%	5,90%
34	4,71%	0,00%	0,00%	4,71%	4,71%	0,00%	4,76%	0,00%	4,76%	0,00%	4,71%	4,71%	5,00%	7,92%
35	4,64%	0,00%	0,00%	4,64%	4,64%	0,00%	4,55%	0,00%	4,55%	0,00%	4,64%	4,64%	4,08%	9,12%
36	5,35%	0,00%	0,00%	5,35%	5,35%	0,00%	5,43%	0,00%	5,43%	0,00%	5,35%	5,35%	5,88%	12,67%
37	7,30%	0,00%	0,00%	7,30%	7,30%	0,00%	7,22%	0,00%	7,22%	0,00%	7,30%	7,30%	6,79%	11,89%
38	8,88%	0,00%	0,00%	8,88%	8,88%	0,00%	8,85%	0,00%	8,85%	0,00%	8,88%	8,88%	9,25%	10,67%
39	10,91%	0,00%	0,00%	10,91%	10,91%	0,00%	10,95%	0,00%	10,95%	0,00%	10,91%	10,91%	10,58%	5,69%
40	10,89%	0,00%	0,00%	10,89%	10,89%	0,00%	10,99%	0,00%	10,99%	0,00%	10,89%	10,89%	11,00%	4,33%
41	12,32%	0,00%	0,00%	12,32%	12,32%	0,00%	12,20%	0,00%	12,20%	0,00%	12,32%	12,32%	12,50%	9,66%

Coberturas	M	MA	MA-AF	DI-M	AAM	IPA	IAC-M	IAF-M	IFC-M	IFF-M	DE-I	DE-F	IFPD	DG
Idade	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
42	13,11%	0,00%	0,00%	13,11%	13,11%	0,00%	13,17%	0,00%	13,17%	0,00%	13,11%	13,11%	13,03%	12,66%
43	14,24%	0,00%	0,00%	14,24%	14,24%	0,00%	14,24%	0,00%	14,24%	0,00%	14,24%	14,24%	14,24%	15,66%
44	13,77%	0,00%	0,00%	13,77%	13,77%	0,00%	13,75%	0,00%	13,75%	0,00%	13,77%	13,77%	13,65%	12,84%
45	14,76%	0,00%	0,00%	14,76%	14,76%	0,00%	14,78%	0,00%	14,78%	0,00%	14,76%	14,76%	14,88%	14,94%
46	14,14%	0,00%	0,00%	14,14%	14,14%	0,00%	14,17%	0,00%	14,17%	0,00%	14,14%	14,14%	14,09%	11,18%
47	13,90%	0,00%	0,00%	13,90%	13,90%	0,00%	13,87%	0,00%	13,87%	0,00%	13,90%	13,90%	13,94%	8,75%
48	12,90%	0,00%	0,00%	12,90%	12,90%	0,00%	12,88%	0,00%	12,88%	0,00%	12,90%	12,90%	12,94%	5,02%
49	12,39%	0,00%	0,00%	12,39%	12,39%	0,00%	12,39%	0,00%	12,39%	0,00%	12,39%	12,39%	12,38%	8,50%
50	11,88%	0,00%	0,00%	11,88%	11,88%	0,00%	11,90%	0,00%	11,90%	0,00%	11,88%	11,88%	11,85%	7,07%
51	10,94%	0,00%	0,00%	10,94%	10,94%	0,00%	10,92%	0,00%	10,92%	0,00%	10,94%	10,94%	10,96%	9,96%
52	10,35%	0,00%	0,00%	10,35%	10,35%	0,00%	10,36%	0,00%	10,36%	0,00%	10,35%	10,35%	10,32%	7,54%
53	9,86%	0,00%	0,00%	9,86%	9,86%	0,00%	9,86%	0,00%	9,86%	0,00%	9,86%	9,86%	9,86%	8,13%
54	10,92%	0,00%	0,00%	10,92%	10,92%	0,00%	10,93%	0,00%	10,93%	0,00%	10,92%	10,92%	10,90%	7,99%
55	12,93%	0,00%	0,00%	12,93%	12,93%	0,00%	12,91%	0,00%	12,91%	0,00%	12,93%	12,93%	12,96%	7,19%
56	13,25%	0,00%	0,00%	13,25%	13,25%	0,00%	13,26%	0,00%	13,26%	0,00%	13,25%	13,25%	13,23%	9,42%
57	11,87%	0,00%	0,00%	11,87%	11,87%	0,00%	11,86%	0,00%	11,86%	0,00%	11,87%	11,87%	11,88%	8,75%
58	9,38%	0,00%	0,00%	9,38%	9,38%	0,00%	9,39%	0,00%	9,39%	0,00%	9,38%	9,38%	9,35%	10,01%
59	8,09%	0,00%	0,00%	8,09%	8,09%	0,00%	8,09%	0,00%	8,09%	0,00%	8,09%	8,09%	8,13%	9,58%
60	8,55%	0,00%	0,00%	8,55%	8,55%	0,00%	8,56%	0,00%	8,56%	0,00%	8,55%	8,55%	8,54%	4,84%
61	7,67%	0,00%	0,00%	7,67%	7,67%	0,00%	7,67%	0,00%	7,67%	0,00%	7,67%	7,67%	7,69%	8,69%
62	8,47%	0,00%	0,00%	8,47%	8,47%	0,00%	8,46%	0,00%	8,46%	0,00%	8,47%	8,47%	8,43%	10,59%
63	9,13%	0,00%	0,00%	9,13%	9,13%	0,00%	9,14%	0,00%	9,14%	0,00%	9,13%	9,13%	9,16%	9,44%
64	9,69%	0,00%	0,00%	9,69%	9,69%	0,00%	9,69%	0,00%	9,69%	0,00%	9,69%	9,69%	9,66%	9,09%
65	10,20%	0,00%	0,00%	10,20%	10,20%	0,00%	10,21%	0,00%	10,21%	0,00%	10,20%	10,20%	10,23%	9,81%
66	10,51%	0,00%	0,00%	10,51%	10,51%	0,00%	10,51%	0,00%	10,51%	0,00%	10,51%	10,51%	10,50%	9,38%
67	10,71%	0,00%	0,00%	10,71%	10,71%	0,00%	10,70%	0,00%	10,70%	0,00%	10,71%	10,71%	10,69%	10,61%
68	10,75%	0,00%	0,00%	10,75%	10,75%	0,00%	10,75%	0,00%	10,75%	0,00%	10,75%	10,75%	10,76%	9,49%
69	10,86%	0,00%	0,00%	10,86%	10,86%	0,00%	10,86%	0,00%	10,86%	0,00%	10,86%	10,86%	10,86%	10,22%
A partir de 70 anos	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%