

# SEGURO DE VIDA EM GRUPO

## Condições Gerais

### Versão 6.0

CNPJ 54.484.753/0001-49  
Processo SUSEP nº 10.005288/99-11

## ÍNDICE

<b>SEGURO DE VIDA EM GRUPO</b> .....	<b>4</b>
1. OBJETIVO.....	4
2. DEFINIÇÕES .....	4
3. GRUPO SEGURÁVEL .....	5
4. GRUPO SEGURADO.....	5
5. INCLUSÃO DO SEGURADO .....	5
6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA.....	6
7. GARANTIAS DO SEGURADO PRINCIPAL.....	6
8. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA EM CASO DE SINISTRO .....	7
9. RISCOS NAO COBERTOS.....	7
10.PERDA DE DIREITOS .....	8
11.CAPITAIS SEGURADOS .....	8
12.ATUALIZAÇÃO AUTOMÁTICA DO CAPITAL SEGURADO .....	8
13.ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO .....	8
14.PERÍODO DE VIGÊNCIA.....	9
15.RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	9
16.INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS.....	9
17.INDENIZAÇÃO DE SINISTRO.....	10
18.RECUSA DE SINISTROS .....	11
19.PAGAMENTO DO PRÊMIO .....	11
20.CLÁUSULA DE REAVALIAÇÃO SEMESTRAL .....	11
21.CANCELAMENTO DO CONTRATO DE ADESÃO .....	12
22.DISPOSIÇÕES FINAIS .....	12
23.FORO .....	12
<b>GARANTIA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE</b> .....	<b>13</b>
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	13
2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL.....	13
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	13
4. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA EM CASO DE SINISTRO .....	14
5. DATA DE CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO .....	14
6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA GARANTIA.....	14
7. ESTA GARANTIA ADICIONAL NÃO SERÁ RENOVADA.....	14
8. DISPOSIÇÃO FINAL.....	14
<b>GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE</b> .....	<b>15</b>
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	15
2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL.....	15
3. RISCOS EXCLUÍDOS.....	15
4. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA EM CASO DE SINISTRO .....	16
5. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ .....	16
6. DATA DE CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO .....	16
7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA .....	16
8. ESTA GARANTIA ADICIONAL NÃO SERÁ RENOVADA.....	16
9. DISPOSIÇÃO FINAL.....	17

---

<b>GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA .....</b>	<b>19</b>
1. OBJETIVO DO SEGURO.....	19
2. RISCOS EXCLUÍDOS.....	19
3. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA EM CASO DE SINISTRO .....	19
4. DATA DE CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO .....	19
5. O INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA.....	20
6. ESTA GARANTIA ADICIONAL NÃO SERÁ RENOVADA.....	20
7. DISPOSIÇÃO FINAL.....	20
<b>CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO.....</b>	<b>21</b>
<b>OUVIDOR.....</b>	<b>22</b>

## CONDIÇÕES GERAIS

### SEGURO DE VIDA EM GRUPO

A **VERA CRUZ VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**, doravante denominada simplesmente, **VERA CRUZ**, é uma Sociedade Seguradora especializada na administração e comercialização de **Seguros de Vida** e autorizada a operar pela Superintendência de Seguros Privados–SUSEP.

#### 1. OBJETIVO

- 1.1. Este documento, designado **Condições Gerais** para o **Seguro de Vida em Grupo** da **Vera Cruz**, estabelece os direitos e as obrigações da **Vera Cruz**, do **Estipulante**, dos **Segurados** e dos **Beneficiários** em relação a este **Seguro**.
- 1.2. Este **Seguro** tem por objetivo garantir o pagamento de uma **Indenização** ao próprio **Segurado** ou a seus **Beneficiários**, caso ocorra algum dos **Eventos Cobertos** pelas Garantias Contratadas pelo **Estipulante** e indicadas nas **Condições Especiais** e no **Certificado do Seguro**.
- 1.3. Considera-se como parte integrante destas **Condições Gerais** todos os dispositivos constantes das **Condições Especiais**, **Cartão Proposta**, **Apólice** e **Certificado do Seguro**.

#### 2. DEFINIÇÕES

Nestas **Condições Gerais** as expressões ou palavras em negrito apresentados neste item, terão o significado abaixo. Nestas expressões, o masculino incluirá o feminino e o singular incluirá o plural, a menos que o contexto indique o contrário.

- 2.1. **Condições Gerais** é o documento que estabelece os direitos e as obrigações da **Vera Cruz**, do **Estipulante**, dos **Segurados** e dos **Beneficiários** em relação a este **Seguro de Vida em Grupo**.
- 2.2. **Estipulante** é a pessoa jurídica que contrata o seguro cobrindo a vida e/ou a integridade física de seus funcionários relacionados como **Segurados**, representando-os perante a Seguradora, na condição de mandatário destes.
- 2.3. **Segurado** é a pessoa física que mantém vínculo com o **Estipulante**, a favor do qual se contrata este **Seguro**. Nas **Condições Gerais** a palavra **Segurado** será utilizada quando o contexto abranger o cônjuge e filhos do **Segurado Principal**, caso sejam incluídos no **Seguro**.
  - 2.3.1. Equiparam-se a segurados do **Estipulante** todos os sócios e dirigentes constantes do contrato social, desde que haja comprovação do recolhimento do FGTS, bem como os diretores não empregados equiparados aos demais trabalhadores sujeitos ao regime do FGTS, nos termos do Art. 16 da LEI N.º 8.036 de 11 de maio de 1990, desde que constem em Relação de Empregados (RE) específica para este tipo de depósito, ou seja, Relação de Empregados com identificação de depósito-código “6” (Diretor Não Empregado), bem como os prestadores de serviços do **Estipulante**, todos eles desde que relacionados como segurados.
- 2.4. **Condições Especiais** é o instrumento que tem por objetivo especificar as diferentes modalidades de **Cobertura** que possam existir dentro de um mesmo plano de **Seguro**.
- 2.5. **Cartão Proposta** é o documento hábil, obrigatoriamente preenchido e assinado pelo **Segurado Principal**, declarando seus dados pessoais, valor do **Seguro** e situação pessoal de atividade e saúde, bem como de seu cônjuge e filhos, caso sejam incluídos no **Seguro** através das cláusulas de inclusão de cônjuge ou da cláusula de inclusão de filhos, quando contratadas.
- 2.6. **Certificado Individual** é o documento fornecido pela **Vera Cruz** aos funcionários do **Estipulante**, que indica a aceitação e inclusão dos mesmos no **Seguro**, conforme **Condições Gerais e Especiais**. A cada alteração de dados ou **Coberturas** solicitada pelo **Segurado** através do **Estipulante**, ou ainda quando das alterações contratuais cabíveis ao **Estipulante**, solicitada à **Seguradora** por este, será emitido novo **Certificado**, formalizando a alteração e substituindo todos os anteriores emitidos.
- 2.7. **Beneficiário** é a pessoa física indicada pelo **Segurado** no **Cartão Proposta** a quem deve ser paga a **Indenização** garantida no **Seguro**.
- 2.8. **Cobertura** é o compromisso da **Vera Cruz** no pagamento de uma **Indenização**, caso ocorra um dos eventos definidos nas garantias contratadas pelo **Estipulante**, observando-se os riscos excluídos previstos nas **Condições Gerais** do **Seguro**.
- 2.9. **Capital Segurado** é a importância contratada pelo **Estipulante** e definida nas **Condições Especiais**, pela qual a **Vera Cruz** calculará o valor da **Indenização**, em caso de **Sinistro**, bem como o valor do **Prêmio**.

- 2.10. **Indenização** é o pagamento em dinheiro efetuado pela **Vera Cruz** ao **Segurado Principal** ou ao seu(s) **Beneficiário(s)**, quando da ocorrência do **Evento Coberto** pela(s) garantia(s) contratada(s).
- 2.11. **Evento Coberto** é o acontecimento futuro, de natureza súbita, involuntário, descrito nas garantias contratadas e ocorrido durante o **Período de Vigência** do **Seguro**, observando-se os riscos excluídos previstos nestas **Condições Gerais**.
- 2.12. **Sinistro** é a ocorrência do **Evento Coberto** pela(s) garantia(s) contratada(s) do qual se resulta a **Indenização**.
- 2.13. **Doença ou deficiência Preexistente** é toda debilidade, congênita, adquirida ou decorrente de acidente, que comprometa a função orgânica, ou motora ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta ou indiretamente por suas conseqüências, da qual tenha conhecimento, tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico e não seja informada no momento da contratação de acordo com o declarado no **Cartão Proposta**.
- 2.14. **Prêmio** é a importância em dinheiro paga pelo **Estipulante** e/ou **Segurado Principal** à **Vera Cruz**, para que esta assuma os riscos cobertos pela(s) Garantia(s) Contratada(s).
- 2.15. **Seguro Contributário** é todo **Seguro** em que os **Segurados Principais** pagam **Prêmio**, total ou parcialmente.
- 2.16. **Seguro Não Contributário** é todo **Seguro** em que o **Estipulante** paga a totalidade do **Prêmio**.
- 2.17. **Laudo Médico** é o documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, sobre as condições físicas do **Segurado**.
- 2.18. **Período de Vigência** é o período durante o qual o **Segurado** fará jus às **Coberturas** oferecidas pelas garantias contratadas.

### 3. GRUPO SEGURÁVEL

---

- 3.1. Poderão ser **Segurados Principais** os funcionários contratados pelo **Estipulante**.
- 3.2. Por opção do **Estipulante**, poderão ainda ser **Segurados Principais** os sócios e diretores não constantes da Relação de Empregados (RE) do FGTS, desde que os mesmos figurem no Contrato Social/Estatuto do **Estipulante** ou em sua última Alteração/Assembléia.
- 3.3. Ainda por opção do **Estipulante**, poderão ser **Segurados Principais** os prestadores de serviços contratados, desde que possuam a idade máxima estipulada nas **Condições Especiais** quando do início do respectivo risco individual.
- 3.4. Os **Segurados** inclusos através de cláusulas de inclusão de cônjuge, ou através da Cláusula de Inclusão de filhos, quando contratadas, poderão fazer parte deste **Seguro**, respeitadas as demais condições contratuais definidas nas **Condições Gerais e Especiais**.

### 4. GRUPO SEGURADO

---

Todos aqueles que integrando o grupo segurável tiverem seu nome listado pelo estipulante para inclusão no **Seguro**, gerando os respectivos **Prêmios** de **Seguro**.

### 5. INCLUSÃO DO SEGURADO

---

- 5.1. Para ingresso em qualquer uma das garantias do **Seguro** conforme especificado na proposta de seguro, os funcionários deverão estar em **boas condições de saúde, plena atividade profissional**.
- 5.2. Os funcionários afastados do trabalho ativo antes do início de vigência do **Seguro**, após retornarem às suas atividades junto ao **Estipulante**, poderão ingressar no **Seguro**, desde que preencham os respectivos **Cartões Proposta**.
- 5.3. **Estipulante** fica responsável pelo enquadramento de cada **Segurado Principal** nas condições estabelecidas no item 5.1.
- 5.4. Os funcionários que contratarem o **Seguro** e não declararem no **Cartão Proposta** qualquer **Doença Preexistente**, perderão o direito à **Indenização**, não tendo o direito inclusive a restituição de **Prêmios**.
- 5.5. Nos **Seguros** contratados com inclusão de cônjuge automaticamente ou facultativamente, o mesmo deverá na data de início de vigência do **Seguro** estar em boas condições de saúde.
  - 5.5.1. Nos casos de inclusão facultativa de cônjuge, o preenchimento do respectivo **Cartão Proposta** deve obrigatoriamente ser feito pelo próprio cônjuge, não sendo permitido o preenchimento do **Cartão Proposta** do cônjuge pelo **Segurado Principal** como procurador.
- 5.6. Nos **Seguros** contratados com inclusão de filhos, estes deverão estar em boas condições de saúde, observando-se o seguinte:
  - a) Serão considerados os filhos legítimos, enteados, adotados ou legalmente reconhecidos sendo dependentes, menores de 21 (vinte e um) anos e solteiros, que não sejam empregados do **Estipulante**, ou de qualquer

idade quando incapacitados física ou mentalmente para o trabalho e constem como dependentes na declaração de rendimentos (IR) do **Segurado Principal**.

- b) Perderá o direito de ser considerado como dependente do **Segurado Principal**, o filho que:
- completar 18 (dezoito) anos após o início de vigência do seguro ou tenha idade igual ou superior a 18 (dezoito) anos no início de vigência do seguro, exceto o filho de até 21 (vinte e um) anos de idade considerado como dependente na declaração de rendimentos (IR) do **Segurado Principal**, que ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior.
  - for menor de 18 (dezoito) anos, porém casado e/ou emancipado;
  - for menor de 18 (dezoito) anos, porém não constante na Declaração de Rendimentos (IR) do **Segurado Principal**, por estar auferindo rendimentos próprios.

## 6. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

As **Coberturas** previstas nestas condições aplicam-se para os **Eventos Cobertos** pela(s) garantia(s) contratada(s), ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

## 7. GARANTIAS DO SEGURADO PRINCIPAL

De acordo com o especificado nas **Condições Especiais** pelo **Estipulante**, este **Seguro** cobre uma ou mais das seguintes garantias para os funcionários:

### 7.1. GARANTIA BÁSICA

#### 7.1.1. MORTE POR QUALQUER CAUSA

7.1.1.1. Garante o pagamento de uma **Indenização**, conforme **Capital Segurado** contratado, ao **Beneficiário** do **Seguro** indicado no respectivo **Cartão Proposta**, em caso de falecimento do **Segurado Principal** durante a vigência do **Seguro**, por qualquer que tenha sido a causa, observando-se os riscos excluídos previstos nas **Condições Gerais e Especiais** do **Seguro**.

7.1.1.2. Considera-se como data de caracterização do **Evento Coberto** por esta garantia, para efeito de **Cobertura** e determinação do **Capital Segurado**, a data de falecimento do **Segurado Principal**.

#### 7.1.2 ANTECIPAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

7.1.2.1. Será adiantado um percentual do **Capital Segurado** contratado para cobertura de **Morte por Qualquer Causa**, mediante solicitação do **Segurado** ou de seu representante legal, nos casos em que o **Segurado** se encontrar em fase terminal ocasionada por doenças ou acidente, cuja data do acidente ou do início da moléstia e de seu diagnóstico, seja posterior a data de sua inclusão na apólice, e desde que não tenha contratado a cobertura de **Invalidez Permanente Total** ou **Parcial por Acidente e Invalidez Permanente Total por Doença**.

7.1.2.2. Doenças em fase terminal:

- a) Insuficiência Hepática;
- b) Câncer;
- c) SIDA;
- d) Insuficiência Renal Crônica;
- e) Doença de Alzheimer;
- f) Insuficiência Respiratória Crônica (DPOC–Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica); e
- g) Insuficiência Cardíaca.

7.1.2.3. O percentual do **Capital Segurado**, assim como o Limite Máximo da antecipação serão definidos nas **Condições Particulares**.

7.1.2.4. Para recebimento da antecipação, deverá ser apresentada a Declaração Médico-Hospitalar expedida pelo médico ou entidade hospitalar, informando que o diagnóstico e o quadro clínico indicam um estado grave e de comprometimento irreversível, sem possibilidade de recuperação com os recursos médicos/terapêuticos disponíveis, bem como todos os procedimentos médicos que serviram de embasamento ao relatório.

7.1.2.5. A antecipação da **Indenização** será paga:

- a) ao próprio **Segurado** quando solicitado por este; ou
- b) ao representante devidamente indicado para esta cobertura pelo **Segurado** no **Cartão Proposta** no momento da contratação do **Seguro**.



7.1.2.6. Se o **Segurado** vier a falecer durante a vigência do seguro, será pago ao(s) **Beneficiário(s)** indicado no **Cartão Proposta** o **Capital Segurado** contratado para a cobertura de **Morte por Qualquer Causa**, deduzindo-se o adiantamento aqui referido.

7.1.2.7. A **Vera Cruz** poderá, em qualquer hipótese, solicitar laudo subscrito pelo médico indicado por ela, o qual ateste o estado terminal reclamado. Caso o **Segurado** não aceite o laudo médico apresentado pela **Vera Cruz**, será constituída uma Junta Médica composta por 03 (três) membros indicados, respectivamente, pelo **Segurado**, pela **Vera Cruz** e o terceiro, de comum acordo por ambas as partes. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo **Segurado** e pela **Vera Cruz**.

## 7.2. GARANTIAS ADICIONAIS

7.2.1. Indenização Especial por Acidente

7.2.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

7.2.3. Invalidez Total e Permanente por Doença

7.2.4. As **Garantias Adicionais** poderão ser contratadas pelo **Estipulante** conforme definido nas **Condições Especiais**. Para contratação de qualquer **Garantia Adicional** é obrigatório a contratação da **Garantia Básica**.

## 7.3. GARANTIAS SUPLEMENTARES

7.3.1. Inclusão Facultativa de Cônjuge

7.3.2. Inclusão Automática de Cônjuge

7.3.3. Inclusão Automática de Filhos

7.3.4. O cônjuge poderá participar como dependente no **Seguro** e poderá contratar as mesmas garantias do **Segurado Principal** conforme definido nas **Condições Especiais**, exceto a **Garantia Adicional de Invalidez Total e Permanente por Doença**.

7.3.5. Os filhos poderão participar como dependentes, porém a contratação fica restrita a **Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa**, nos valores e condições estipulados nas **Condições Especiais**.

## 8. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA EM CASO DE SINISTRO

- Comunicado de **Sinistro** com informações médicas (preenchido todos os itens);
- Certidão de Óbito (original ou xerox autenticada);
- Cópia do RG e CPF do **Segurado**;
- Cópia do Registro de Empregado e Comprovante de Pagamento do Salário do mês do Óbito;
- Cópia do RG e CPF do **Beneficiário**;
- Certidão de Casamento (atualizada no caso de **Sinistro** do cônjuge).

8.1. O prazo máximo para liquidação do **Sinistro** será de 30 (trinta) dias, contados à partir do cumprimento, por parte do **Segurado** ou **Beneficiário(s)**, de todas as exigências necessárias à regulação do **Sinistro**.

8.1.1. Caso a liquidação do **Sinistro** supere o prazo de 30 (trinta) dias, conforme descrito no “caput”, o **Capital Segurado** será atualizado pela variação do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor), acrescidos de juros de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado na base “pro-rata tempore”.

8.2. É facultado à **Vera Cruz**, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do **Sinistro**, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgar necessários à apuração do **Sinistro**. **Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do Sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

## 9. RISCOS NAO COBERTOS

Estão excluídos da Cobertura do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fim, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- c) doenças Preexistentes não declaradas no Cartão Proposta;
- d) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, conforme Art. 762 do Código Civil.

## 10. PERDA DE DIREITOS

O **Segurado Principal** e seu **Beneficiário** perderão o direito a qualquer **Indenização**, bem como terão o **Seguro** excluído, nos seguintes casos:

- inexatidão ou omissão nas declarações do **Cartão Proposta**, que possam influir ou ter influído na aceitação ou taxação do **Seguro**;
- pelo não cumprimento das obrigações definidas nestas **Condições Gerais**;
- utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas conseqüências para obter ou aumentar a **Indenização**;
- fraude ou tentativa de fraude em **Laudos Médicos** que venham justificar falsas moléstias ou datas de início de moléstias;
- tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da **Vera Cruz** na elucidação do **Evento Coberto**;
- desaparecimento do vínculo empregatício, ou equivalente, entre **Segurado** e a **Empresa Cliente**, e
- quando o **Segurado**, ou o **Estipulante**, solicitar sua exclusão do **Seguro**.

## 11. CAPITAIS SEGURADOS

Os **Capitais Segurados** da Garantia Básica de Morte Por Qualquer Causa serão determinados pelo **Estipulante** através das **Condições Especiais**, observando-se as seguintes opções:

### 11.1. Capital Único

O **Capital Segurado** individual é igual para todos os funcionários, dirigentes e equiparados.

### 11.2. Capital Escalonado

O **Capital Segurado** individual pode ser escalonado, sendo que o maior capital deve ser limitado ao valor máximo de operacionalização definido para o grupo.

### 11.3. Capital por Múltiplos de Salários

O **Capital Segurado** individual será determinado em função da aplicação de um múltiplo ao salário nominal do funcionário. Entende-se por salário nominal o salário base, não se incorporando horas extras, adicionais, 13º salário, **Prêmios**, etc.

## 12. ATUALIZAÇÃO AUTOMÁTICA DO CAPITAL SEGURADO

12.1. Para os **Seguros** contratados com **Capital Segurado Único** ou Escalonado, os **Capitais Segurados** e **Prêmios** serão atualizados anualmente, na data de renovação do **Seguro**, pela variação do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) do período correspondente.

12.2. Para os **Seguros** contratados com **Capital Segurado** por Múltiplos de Salários, os **Capitais Segurados** e **Prêmios** serão atualizados em qualquer época, segundo a variação dos salários/proventos sendo de inteira responsabilidade do **Estipulante/Segurado** informar à **Seguradora** as alterações salariais, inclusive para o cálculo do **Prêmio** devido.

## 13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

13.1. Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos **Capitais Segurados**, em qualquer época, mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de **Capital Segurado** individual vigente. Se aceitos pela **Vera Cruz**, os novos **Capitais Segurados** terão início de vigência no primeiro dia do mês subsequente à data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento espontâneo de capital, caberá ao **Segurado Principal** o preenchimento de um novo **Cartão Proposta**.

13.2. Para os **Segurados Principais** aposentados, afastados, não será permitido o aumento espontâneo dos respectivos **Capitais Segurados**. Nestes casos, os **Capitais Segurados** serão atualizados anualmente pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) ou qualquer outro índice que por disposição legal venha a substituí-lo.

13.3. **Estipulante** fica ciente que para o aumento espontâneo do **Capital Segurado**, o **Segurado Principal** deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma **Doença ou Deficiência Preexistente** ao aumento do **Capital Segurado** não declarada no **Cartão Proposta**, o pagamento da **Indenização** prevista para as Garantias de Morte por Qualquer Causa e Invalidez Permanente Total por Doença será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de **Prêmios** ao **Estipulante** e/ou **Segurado Principal**.



## 14. PERÍODO DE VIGÊNCIA

### 14.1. Das Coberturas do Seguro

- 14.1.1. O início de vigência das **Coberturas** estipuladas nas **Condições Gerais e Especiais** pelo **Estipulante** será a partir da data estabelecida no **Cartão Proposta**, salvo nos casos em que houver pagamento do **Prêmio** antecipado, neste caso, será a data de pagamento, desde que o **Seguro** seja aceito, conforme previsto no item 14.1.4.1.
- 14.1.2. A aceitação pela **Vera Cruz** será automática, caso não haja manifestação expressa de recusa no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados da data de protocolo de recebimento pela **Seguradora**.
- 14.1.3. Este prazo será suspenso quando a **Vera Cruz** solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos riscos, sendo reiniciado o prazo após a entrega dos mesmos.
- 14.1.4. O pagamento do 1º (primeiro) **Prêmio**, não caracteriza a aceitação automática do **Cartão Proposta**. Recebidos o **Cartão Proposta** pela **Vera Cruz**, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, e o **Prêmio** antecipado, terá o início um período máximo de 15 (quinze) dias, com cobertura condicional, no qual a **Vera Cruz** avaliará o risco.
- 14.1.4.1. **Considera-se cobertura condicional, para efeito deste item, aquela em que a Vera Cruz dará cobertura durante o prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data do pagamento do Prêmio antecipado, desde que o Proponente esteja em perfeitas condições de saúde, por qualquer motivo não represente risco agravado para a Seguradora, ou ainda, em função de quaisquer divergências técnicas ou legais, que possam vir a interferir no cálculo técnico e atuarial do valor do Seguro.**
- 14.1.5. Existindo a recusa do **Cartão Proposta**, a **Vera Cruz** fará expressamente a recusa mediante envio de carta. Para todos os efeitos legais, a data de expedição da carta valerá como data de recusa do **Cartão Proposta**.
- 14.1.6. No caso de não aceitação do **Cartão Proposta**, a cobertura condicional terá validade até 48 (quarenta e oito) horas úteis, após a formalização da recusa pela **Vera Cruz**, **desde que cumprida a exigência no item 14.1.4.1.**, e o valor pago antecipadamente referente ao 1º (primeiro) **Prêmio**, descontado o período “pro-rata tempore”, em que vigorou a cobertura, será devolvido através de cheque nominal, por intermédio do corretor ou agente captador do seguro. O valor pago a ser devolvido será atualizado pela variação do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor), “pro-rata tempore”, correspondente ao período da data do pagamento até a data da efetiva restituição.
- 14.1.7. A **Vera Cruz** promoverá a devolução, ao **Estipulante**, do primeiro **Prêmio** pago antecipadamente, caso ocorra a não aceitação das **Condições Especiais**.

### 14.2. Da Cobertura Individual

- 14.2.1. A **Vera Cruz** decidirá-se-á pela aceitação ou recusa da **Cobertura** individual após análise das declarações prestadas pelo **Segurado Principal** no **Cartão Proposta**, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados da data estabelecida no item 14.1.1.
- 14.2.2. A **Vera Cruz** emitirá o **Certificado Individual** do **Segurado Principal**, se aceita sua inclusão no **Seguro**, prevalecendo o início de vigência das **Coberturas** como estipulado no item 14.1.1.
- 14.2.3. A **Vera Cruz** promoverá a devolução, ao **Estipulante**, da parcela do primeiro **Prêmio** pago correspondente ao **Cartão Proposta** não aceito.
- 14.2.4. A **Cobertura** individual cessará quando não houver mais a relação empregatícia, societária, entre o **Segurado Principal** e o **Estipulante**.

## 15. RENOVAÇÃO DO SEGURO

A renovação da **Apólice** será feita automaticamente no primeiro prazo de vigência, salvo se a **Vera Cruz** ou o **Estipulante**, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias da data de renovação, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade. A renovação do **Seguro** para os demais períodos de vigência não se darão de forma automática.

## 16. INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

- 16.1. A indicação do(s) **Beneficiário(s)** deverá ser clara e precisa sendo de livre escolha do **Segurado Principal**, devendo constar no **Cartão Proposta**, preenchido pelo mesmo, observando-se as limitações previstas no **art. 550 do Código Civil Brasileiro, que dispõe:**
- “Art. 550–A doação do cônjuge adúltero ao seu cúmplice pode ser anulada pelo outro cônjuge, ou por seus herdeiros necessários, até 2 (dois) anos depois de dissolvida a sociedade conjugal.”**

16.2. Os **Beneficiários** poderão ser alterados a qualquer momento pelo **Segurado Principal**, bastando o encaminhamento do formulário “Informe de Alteração de Nome/Beneficiários”, devidamente preenchido e assinado, à **Vera Cruz**. A alteração de **Beneficiário** só terá validade a partir do recebimento da documentação pela **Vera Cruz**, confirmada pelo relógio datador.

16.2.1. Não sendo a **Vera Cruz** informada formalmente da alteração de **Beneficiário(s)**, prevalecerá a que estiver indicada no **Cartão Proposta**.

16.3. O **Beneficiário** dos cônjuges e filhos será sempre o **Segurado Principal**.

16.4. Caso não sejam indicados os **Beneficiários** no **Cartão Proposta**, a **Indenização** será paga conforme os princípios estabelecidos pelos Arts. 792 e 793 do Código Civil Brasileiro, que assim dispõe:

“Art. 792. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.”

“Parágrafo único. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.”

“Art. 793. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato”.

## 17. INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

17.1. Qualquer **Indenização** estará limitada aos **Capitais Segurados** contratados e vigentes na data da caracterização do **Evento Coberto**, corrigidos pela variação do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) do período correspondente a data de caracterização do **Evento Coberto** até a data do efetivo pagamento.

17.2. O pagamento de qualquer **Indenização** por Invalidez Permanente por Acidente, seja Total ou Parcial, está condicionado à constatação de Invalidez Permanente, ou seja, após o encerramento do tratamento do **Segurado** e com o(s) grau(s) e tipo(s) de Invalidez definitivamente caracterizado(s), mediante diagnóstico médico final a ser apresentado pelo **Segurado**.

17.3. No caso de Invalidez Permanente por Acidente ou Invalidez Permanente por Doença as divergências sobre causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade do **Segurado**, devem ser submetidas a uma junta médica, composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela **Vera Cruz**, outro pelo **Segurado** e um terceiro, desempatador, escolhido pelo dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo **Segurado** e pela **Vera Cruz**.

17.4. No caso de Invalidez Parcial por Acidente, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, o valor da **Indenização** será proporcional à redução funcional apresentada pelo órgão ou membro atingido, calculado com base nos índices previstos na Tabela para Cálculo de **Indenização** em Caso de Invalidez Permanente por Acidente transcrita no final destas **Condições Gerais**, caso houvesse a perda completa.

17.5. Na falta de indicação do percentual de redução—sendo a informação do grau classificado como máximo, médio ou mínimo—a **Indenização** proporcional será calculada com base nos percentuais 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente, aplicados sobre a mesma Tabela para Cálculo de **Indenização** em Caso de Invalidez Permanente por Acidente transcrita no final destas **Condições Gerais**.

17.6. Quando de um mesmo acidente resultar Invalidez em mais de um membro ou órgão, a **Indenização** será calculada somando-se os percentuais estabelecidos para cada um, conforme Tabela para Cálculo de **Indenização** em Caso de Invalidez Permanente por Acidente transcrita no final destas **Condições Gerais**, sendo que o total da **Indenização** não poderá ultrapassar a 100% (cem por cento) do **Capital Segurado** para Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

17.7. Havendo duas ou mais lesões parciais em um mesmo membro ou órgão, a somatória das **Indenizações** não poderá exceder ao total previsto na Tabela para Cálculo de **Indenização** em Caso de Invalidez Permanente por Acidente transcrita no final destas **Condições Gerais**, caso houvesse a perda completa deste membro.

17.8. A perda ou redução da função de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito à **Indenização**, salvo quando declarado previamente no **Cartão Proposta**, caso em que se reduzirá do grau de Invalidez definitiva a Invalidez Preexistente, no cálculo da **Indenização**.

## 18. RECUSA DE SINISTROS

Quando a **Vera Cruz** recusar um **Sinistro** com base nas **Condições Gerais e Especiais**, esta deverá comunicar aos **Beneficiários** por escrito, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados da data do término da perícia e/ou investigação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos.

## 19. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 19.1.** A **Vera Cruz** delega ao **Estipulante**, sob sua exclusiva responsabilidade perante os **Segurados Principais**, a cobrança dos **Prêmios**, ficando o **Estipulante**, responsável pelo pagamento dos **Prêmios** à **Seguradora**, que deverá ser efetuado, até a data de vencimento de cada parcela mensal, através de “Ficha de Compensação” ou “Débito em Conta Corrente”.
- 19.2.** Mensalmente, até o dia 15 (quinze) do mês de início de vigência do risco, deverá ser enviado à **Vera Cruz** através de arquivo magnético, as informações necessárias para o cálculo do **Prêmio**, incluindo-se nome, sexo, matrícula, salário ou Capital, CPF, data de nascimento e data de inclusão. Caso a movimentação seja enviada após o período estipulado o faturamento será processado mediante dados do mês anterior.
- 19.3.** De posse destes dados, a **Vera Cruz** emitirá fatura e respectivo documento de cobrança com data de vencimento conforme especificada nas **Condições Especiais**, referente ao total do **Prêmio** devido.
- 19.4.** Nos **Seguros Contributários**, se o **Estipulante** deixar de repassar à **Vera Cruz**, no prazo estabelecido, os **Prêmios** recolhidos dos **Segurados Principais**, estes não terão direito à **Cobertura** do **Seguro**, respondendo o **Estipulante**, pelas conseqüências do não repasse e falta de **Indenização** perante o **Segurado**.
- 19.4.1.** Nessa modalidade de **Seguro**, o não repasse dos **Prêmios** recolhidos dos **Segurados** resultará ao **Estipulante**, arcar com as cominações legais atinentes ao caso, conforme artigo 767 do Código Civil.
- 19.5.** Os **Prêmios** poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do **Seguro**, conforme previsto no item 20.
- 19.5.1.** A **Seguradora**, poderá ainda, proceder a reavaliação de taxa quando ocorrerem alterações substanciais na composição do grupo que justifique o recálculo, conforme previsto no parágrafo 4º, do Art. 35 da Circular SUSEP 17/92.
- 19.6.** Os **Prêmios** poderão ser alterados anualmente de acordo com a mudança da faixa etária do **Segurado**.
- 19.7.** Nos **Seguros não Contributários**, a falta de pagamento até a data de vencimento da parcela mensal, determinará a suspensão automática das **Coberturas** do **Seguro**, retroativamente ao final de vigência da última parcela quitada. Os **Sinistros** ocorridos durante o período de suspensão das **Coberturas** não terão suas respectivas **Indenizações** pagas, mesmo que o pagamento posterior da(s) parcela(s) vencida(s) reabilite as **Coberturas** do **Seguro**.
- 19.8.** O **Seguro não Contributário** será cancelado automaticamente, independente de qualquer notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial, se o **Estipulante** acumular mais de 60 (sessenta) dias de atraso no pagamento da parcela mensal, sem que caiba restituição de qualquer parcela de **Prêmio** já paga e ainda, sem prejuízo do direito de cobrança das parcelas não pagas.

## 20. CLÁUSULA DE REAVALIAÇÃO SEMESTRAL

A **Seguradora** efetuará semestralmente a apuração do índice de sinistralidade apresentada na **Apólice**, objetivando o reajuste da taxa mensal praticada, e que será dado por:

$$\text{Índice de Sinistralidade} = \left( \frac{\text{Sinistros}}{\text{Prêmios}} \right)$$

- a) **Prêmios:** Prêmios de competência efetivamente pagos, correspondentes ao período entre a data de início de vigência da **Apólice** até a data de apuração e líquidos de Impostos (IOF, PIS/COFINS) e carregamentos.
- b) **Sinistros:** valor total dos **Sinistros** ocorridos a partir da data de vigência da **Apólice** e avisados no período que se estende desde o início de vigência da **Apólice** até a data da apuração, pagos ou pendentes e despesas com a liquidação, computando-se de uma só vez os **Sinistros** com pagamento parcelado.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO:** Os **Prêmios** e **Sinistros** serão atualizados anualmente monetariamente de acordo com o INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) ou por qualquer outro índice que por disposição legal venha a substituí-lo.

**PARÁGRAFO SEGUNDO:** Se o índice de Sinistralidade for igual ou inferior a 80% (oitenta por cento) não haverá aplicação de ajuste nos **Prêmios** e taxas da **Apólice**.

**PARÁGRAFO TERCEIRO:** Se o índice de Sinistralidade for superior a 80% (oitenta por cento) será ajustado automaticamente o custo mensal individual na seguinte forma:

$$\text{Custo Mensal Ajustado} = \text{Custo Mensal do Período de Apuração} \times [1 + (\text{Índice de sinistralidade} - 80\%)]$$

**PARÁGRAFO QUARTO:** Caso não haja aceitação do reenquadramento, por parte do **Estipulante**, conforme previsto acima, será aplicada a reversão prevista neste contrato.

**PARÁGRAFO QUINTO:** Os ajuste propostos serão praticados á partir do mês imediatamente subsequente ao da revisão que lhe der causa.

## 21. CANCELAMENTO DO CONTRATO DE ADESÃO

O contrato poderá ser cancelado:

- Por solicitação escrita do **Estipulante** ou da **Vera Cruz**, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do vencimento anual do **Seguro**.
- Pela **Vera Cruz**, por motivo de desequilíbrio da **Apólice**, caso a natureza dos riscos venha a sofrer alterações que a tornem incompatível com as condições mínimas de manutenção, respeitado o aviso prévio de 30 (trinta) dias no mínimo, para o efetivo cancelamento do **Seguro**.
- O cancelamento se dará, ainda, se o **Estipulante** não aceitar as condições de reavaliação propostas pela **Seguradora**, para manutenção do **Seguro**.
- Pela falta de pagamento do **Prêmio** mensal, após 60 (sessenta) dias da data de vencimento, o que determinará o cancelamento automático do seguro, retroativamente ao final da vigência que a última parcela quitada se refere, não cabendo qualquer restituição ao **Estipulante** de **Prêmios** mensais pagos anteriormente, independentemente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

## 22. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 22.1. Os tributos que incidem ou venham a incidir sobre os **Prêmios** serão pagos por quem a legislação vigente determinar.
- 22.2. Nos **Seguros Contributários**, havendo qualquer modificação da **Apólice** em vigor, não prevista nestas **Condições Gerais**, dependerá da anuência expressa dos **Segurados** que representem três quartos do grupo **Segurado**.
- 22.3. Neste **Seguro** não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos **Prêmios** aos **Segurados**.

## 23. FORO

Fica eleito o foro da cidade de domicílio do **Segurado** para dirimir quaisquer dúvidas que decorram da execução das presentes **Condições Gerais**.



## **GARANTIA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE**

É a **Garantia Adicional** de uma **Indenização**, aos **Beneficiários**, no caso de Morte do **Segurado Principal** em consequência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto por esta garantia no prazo de vigência da **Apólice**, caso ele venha a falecer por acidente coberto pelo **Seguro**.

### **1. OBJETIVO DO SEGURO**

Garantir o pagamento de uma **Indenização** adicional, ao **Beneficiário** do **Segurado**, de acordo com a declaração no respectivo **Cartão Proposta**, em caso de falecimento do **Segurado Principal** durante a vigência do seguro, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal, observando-se os riscos excluídos previstos nas **Condições Gerais e Especiais**, cujo **Capital Segurado** será limitado nas **Condições Especiais** e firmado no **Certificado do Seguro**.

### **2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL**

É o evento com data perfeitamente caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, que, por si só, e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte do **Segurado**.

#### **2.1. Incluem-se ainda no conceito de acidentes pessoais, os decorrentes de:**

- a) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o **Segurado** ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- b) escapamento acidental de gases e vapores;
- c) seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- d) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causada exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

#### **2.2. Não se incluem no conceito de Acidentes Pessoais:**

- a) as doenças (inclusive as profissionais), quaisquer que sejam as causas, ainda que desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente pessoal coberto, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos.
- c) os micro-traumas que, somados, ao longo do tempo, de forma gradativa e continuada, venham a causar a morte do **Segurado**.

### **3. RISCOS EXCLUÍDOS**

**ESTA GARANTIA NÃO É OFERECIDA PARA A MORTE RESULTANTE DE:**

- a) quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como de doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) contaminações radioativas e/ou exposições nucleares ou ionizantes ainda que decorrentes de acidente coberto;
- c) parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo quando provocados por acidente coberto;
- d) envenenamento, ainda que acidental, por substâncias tóxicas, produtos químicos, drogas ou medicamentos, bem como as decorrentes de intoxicação alimentar;
- e) suicídio ou tentativa de suicídio quando o evento ocorrer nos primeiros 2 (dois) anos de vigência do **Seguro**. Neste caso a **Seguradora** devolverá os **Prêmios** pagos durante este período;
- f) choque anafilático e suas conseqüências;
- g) conseqüências advindas de tratamento ou exames médicos/clínicos, cirúrgicos ou por equipamentos, quando tais procedimentos não forem resultantes de acidentes cobertos;
- h) quaisquer alterações mentais provocadas, direta ou indiretamente, pela ação do álcool, drogas ou entorpecentes, de uso acidental, ocasional ou habitual;
- i) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- j) prática, pelo **Segurado**, de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado em auxílio de outrem;
- k) viagens em aeronaves ou embarcações que:
  - não possuam, em vigor, autorização das autoridades competentes para voar ou navegar;
  - sendo oficiais militares, que não estejam prestando serviço militar;
  - dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.

- l) do uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- m) de atos de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes;
- n) danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro, conforme Art. 762 do Código Civil.

#### 4. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA EM CASO DE SINISTRO

---

Toda a documentação solicitada em caso de morte natural, inclusive:

- Boletim de Ocorrência Policial;
- CNH se for acidente de trânsito (quando a vítima for o motorista);
- Certidão de Casamento (atualizada no caso de **Sinistro** do cônjuge);
- Laudo Necroscópico do IML.

4.1. A partir da entrega de toda documentação exigível por parte do **Segurado** ou **Beneficiário(s)**, a **Vera Cruz** terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do **Sinistro**.

4.1.1. Caso a liquidação do **Sinistro** supere o prazo de 30 (trinta) dias, conforme descrito no “caput”, o **Capital Segurado** será atualizado pela variação do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor), acrescidos de juros de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado na base “pro-rata tempore”.

4.2. É facultado à **Vera Cruz**, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do **Sinistro**, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgar necessários à apuração do **Sinistro**. Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do **Sinistro** será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.

#### 5. DATA DE CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO

---

Considera-se como data de caracterização do **Evento Coberto** por esta garantia, para efeito de **Cobertura** e determinação do **Capital Segurado**, a do acidente, constatada através da análise das documentações apresentadas.

#### 6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA DESTA GARANTIA

---

Será de acordo com o definido nas **Condições Gerais e Especiais** deste **Seguro**.

Esta garantia adicional não poderá, em hipótese nenhuma, ser concedida isoladamente da Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa.

#### 7. ESTA GARANTIA ADICIONAL NÃO SERÁ RENOVADA

---

- a) simultaneamente e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento da **Apólice** à qual está vinculada;
- b) a pedido do **Estipulante** do **Seguro**, ou a critério da seguradora, por escrito, com prazo mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência contados do aniversário da **Apólice**.

#### 8. DISPOSIÇÃO FINAL

---

Aplicam-se a esta **Garantia Adicional** todas as demais disposições contidas nas **Condições Gerais e Especiais** da **Apólice**.



## **GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**

É a **Garantia Adicional** para o pagamento de uma **Indenização**, caso o **Segurado** venha a se tornar permanentemente inválido, total, ou parcialmente, em decorrência exclusiva e direta de acidente pessoal coberto por esta garantia, com o capital proporcional à básica limitado a 200% (duzentos por cento) do **Capital Segurado**.

### **1. OBJETIVO DO SEGURO**

Garantir o pagamento, ao próprio **Segurado Principal**, de uma **Indenização**, caso venha a ficar Total ou Parcialmente Inválido, em caráter permanente, em consequência direta e exclusiva de acidente coberto, observando-se os riscos excluídos previstos nas **Condições Gerais e Especiais**, cujo **Capital Segurado** será limitado nas **Condições Especiais** e firmado no **Certificado do Seguro**.

### **2. CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL**

É o evento com data perfeitamente caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente, total ou parcial, do **Segurado**.

#### **2.1. Incluem-se ainda no conceito de acidentes pessoais, as lesões decorrentes de:**

- a) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o **Segurado** ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- b) escapamento acidental de gases e vapores;
- c) seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- d) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causada exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

#### **2.2. Não se incluem no conceito de acidentes pessoais:**

- a) as doenças (inclusive as profissionais), quaisquer que sejam as causas, ainda que desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente pessoal coberto, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;
- b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos.

### **3. RISCOS EXCLUÍDOS**

**ESTA GARANTIA NÃO É OFERECIDA PARA A INVALIDEZ RESULTANTE DE:**

- a) quaisquer doenças, inclusive aquelas preexistentes à contratação do seguro, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente coberto, bem como de doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) hérnia, mesmo a de origem traumática e suas consequências;
- c) contaminações radioativas e/ou exposições nucleares ou ionizantes ainda que decorrentes de acidente coberto;
- d) parto ou aborto e suas consequências, mesmo quando provocados por acidente coberto;
- e) envenenamento, ainda que acidental, por substâncias tóxicas, produtos químicos, drogas ou medicamentos, bem como as decorrentes de intoxicação alimentar;
- f) suicídio ou tentativa de suicídio;
- g) choque anafilático e suas consequências;
- h) consequências advindas de tratamento ou exames médicos/clínicos, cirúrgicos ou por equipamentos, quando tais procedimentos não forem resultantes de acidentes cobertos;
- i) quaisquer alterações mentais provocadas, direta ou indiretamente, pela ação do álcool, drogas ou entorpecentes, de uso acidental, ocasional ou habitual;
- j) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- k) prática, pelo segurado, de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado em auxílio de outrem;
- l) viagens em aeronaves ou embarcações que:
  - Não possuam, em vigor, autorização das autoridades competentes para voar ou navegar;
  - Sendo oficiais militares, que não estejam prestando serviço militar;
  - Dirigidas por pilotos não legalmente habilitados.

- m) do uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- n) de atos de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública ou delas decorrentes;
- o) perda de dentes ou danos estéticos não dão direito de Indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por acidente.

#### 4. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA EM CASO DE SINISTRO

---

- Comunicado de **Sinistro** com informações médicas (preenchidos todos os itens);
  - Cópia do Boletim de Ocorrência ou CAT (comunicação de Acidente de Trabalho);
  - Cópia do RG e CPF do **Beneficiário**;
  - Cópia do Registro de Empregado;
  - Comprovante de Pagamento do Salário referente ao último mês em atividade;
  - Cópia da Carteira Profissional (parte da anotação do afastamento pelo INSS);
  - No caso de Invalidez Total, cópia do Termo de Aposentadoria do INSS;
  - No Relatório Médico deverá conter as seqüelas definitivas, discriminando em grau (mínimo, médio e máximo) ou em %.
- 4.1. A partir da entrega de toda documentação exigível por parte do **Segurado** ou **Beneficiário(s)**, a **Vera Cruz** terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do **Sinistro**.
- 4.1.1. Caso a liquidação do **Sinistro** supere o prazo de 30 (trinta) dias, conforme descrito no “caput”, o **Capital Segurado** será atualizado pela variação do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor), acrescidos de juros de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado na base “pro-rata tempore”.
- 4.2. É facultado à **Vera Cruz**, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do **Sinistro**, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgar necessários à apuração do **Sinistro**. **Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do Sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

#### 5. DETERMINAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ

---

- 5.1. O valor da **Indenização** por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será determinado em função do grau de invalidez constatado, conforme “Tabela Para Cálculo de **Indenização** em Caso de Invalidez Permanente” transcrita no final destas Condições Gerais. Na hipótese de invalidez parcial de mais de um membro, a somatória dos percentuais estará limitada a 100% (cem por cento).
- 5.2. As **Indenizações** por Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma **Indenização** por Invalidez Permanente por Acidente, ocorrer a morte do **Segurado Principal** em consequência do mesmo acidente, será deduzido da **Indenização** por Morte o valor já pago em decorrência da Invalidez Permanente por Acidente.
- 5.3. Esta Garantia Adicional não poderá, em hipótese nenhuma, ser concedida isoladamente da Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa.

#### 6. DATA DE CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO

---

Considera-se como data de caracterização do **Evento Coberto**, para efeito de **Cobertura** e determinação do **Capital Segurado**, a data do acidente, constatada através da análise da documentação apresentada.

#### 7. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

---

Após o pagamento da **Indenização** de Invalidez Permanente Total, por Acidente, o **Segurado Principal** será automaticamente excluído da **Apólice**, bem como os **Segurados** dependentes que participem através de cláusulas de inclusão de cônjuges e/ou filhos.

O início e término de vigência desta **Garantia Adicional** será de acordo com o definido nas **Condições Gerais e Especiais** deste **Seguro**.

#### 8. ESTA GARANTIA ADICIONAL NÃO SERÁ RENOVADA

---

- a) simultaneamente e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento da **Apólice** à qual está vinculada;
- b) a pedido do **Estipulante** do **Seguro**, ou a critério da **Seguradora**, por escrito, com prazo mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência contados do aniversário da **Apólice**.

## 9. DISPOSIÇÃO FINAL

Aplicam-se a esta Garantia Adicional todas as demais disposições contidas nas Condições Gerais e Especiais da Apólice.

### TABELA PARA CALCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
<b>INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL</b>	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda completa do uso de ambos os braços	100
Perda completa do uso de ambas as pernas	100
Perda completa do uso de ambas as mãos	100
Perda completa do uso de um braço e uma perna	100
Perda completa do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda completa do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)</b>	%
Perda total e definitiva da visão de um olho	30
Perda completa da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES</b>	%
Perda completa do uso de um dos braços	70
Perda completa 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
Amputação ou perda completa do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Amputação ou perda completa do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Amputação ou perda completa do uso de um dos dedos indicadores	15
Amputação ou perda completa do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Amputação ou perda completa do uso de um dos dedos anulares	9

DISCRIMINAÇÃO	SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
Perda total do uso de qualquer falange distal do polegar	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	
<b>INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS INFERIORES</b>	%
Perda completa do uso de uma perna	70
Perda completa do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de uma das pernas	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
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de parte do mesmo pé	25
Amputação do 1° (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma das falanges do 1° dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros ou mais	10
- de 3 (três) centímetros	6
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	

## GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

Esta **Garantia Adicional** consiste no adiantamento da **Indenização** da Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa, caso o **Segurado** venha a se tornar Total e Permanentemente Inválido por Conseqüência de Doença.

### 1. OBJETIVO DO SEGURO

Garantir a antecipação do pagamento da **Indenização** da Garantia de Morte Por Qualquer Causa (Básica) ao próprio **Segurado Principal**, caso venha a ficar Total e Permanentemente Inválido em Conseqüência de Doença durante a vigência do seu seguro, observando-se os riscos excluídos previstos nas **Condições Gerais e Especiais** e expressamente indicadas na **Apólice** e no **Certificado do Seguro**.

Esta garantia só poderá ser contratada desde que também contratada a Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

Esta garantia não poderá ser contratada pelo proponente, aposentado qualquer que seja o motivo da aposentadoria e os segurados com idade superior a 69 (sessenta e nove) anos.

O **Segurado** perderá o direito a esta Garantia quando tornar-se elegível para aposentadoria.

Entende-se como Invalidez Permanente Total por Doença aquela para a qual não se possa esperar recuperação ou reabilitação do **Segurado** com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação. Ou, ainda, os casos de doença em fase terminal atestadas por médico legalmente habilitado, desde que esta doença tenha sido adquirida após a inclusão do **Segurado** titular, de acordo com o artigo 5º da Circular SUSEP 17/92.

**Esta garantia não se aplica a invalidez relativa, que admite o exercício de outras atividades ou funções diferentes da declarada no cartão proposta do seguro, mesmo que tal invalidez tenha caracterizado a aposentadoria do Segurado Principal.**

### 2. RISCOS EXCLUÍDOS

**ESTA GARANTIA NÃO É OFERECIDA PARA INVALIDEZ RESULTANTE DE:**

- a) Estados patológicos produzidos por consumo voluntário de álcool, drogas, produtos tóxicos, narcóticos ou medicamentos adquiridos sem recomendação médica;
- b) Do uso de material nuclear para quaisquer fim, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- c) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- d) De doenças preexistentes não declaradas no cartão proposta, quando este é exigido.

### 3. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA EM CASO DE SINISTRO

- Comunicado de **Sinistro** com informações médicas (preenchido todos os itens);
- Termo de Aposentadoria do INSS;
- Cópia do RG e CPF do **Beneficiário**;
- Cópia do Registro de Empregado e Carteira Profissional do Funcionário (parte da anotação do afastamento para INSS);
- Comprovante de Pagamento do Salário referente ao último mês em atividade (antes do afastamento).

3.1. Estando a documentação completa e o evento em voga coberto, de acordo com o disposto nestas **Condições Gerais**, o pagamento da **Indenização** será devida e quitada no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

3.1.1. Caso a liquidação do **Sinistro** supere o prazo máximo de 30 (trinta) dias, conforme descrito no “caput”, o **Capital Segurado** será atualizado pela variação do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor), acrescidos de juros de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado na base “pro-rata tempore”.

3.2. É facultado à **Vera Cruz**, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do **Sinistro**, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgar necessários à apuração do **Sinistro**. **Neste caso, a contagem do prazo para liquidação do Sinistro será suspensa e reiniciada na data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

### 4. DATA DE CARACTERIZAÇÃO DO EVENTO

Considera-se como data de caracterização do **Evento Coberto** por esta garantia, para efeito de **Cobertura** e determinação do **Capital Segurado**, a data da Declaração Médica.

Havendo divergências sobre causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade do **Segurado**, devem ser submetidas a uma junta médica, composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela

**Vera Cruz**, outro pelo **Segurado** e um terceiro, desempatador, escolhido pelo dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo **Segurado** e pela **Vera Cruz**.

## 5. O INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

---

Após o pagamento da **Indenização** de Invalidez Permanente Total por Doença, o **Segurado Principal** será automaticamente excluído da Apólice, bem como os **Segurados** dependentes que participem através de cláusulas de inclusão de cônjuges e/ou filhos.

O início e término de vigência desta Garantia Adicional será de acordo com o definido nas **Condições Gerais e Especiais** deste **Seguro**.

Esta Garantia Adicional não poderá, em hipótese nenhuma, ser concedida isoladamente da Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa.

## 6. ESTA GARANTIA ADICIONAL NÃO SERÁ RENOVADA

---

- a) simultaneamente e obrigatoriamente quando ocorrer o cancelamento da **Apólice** à qual está vinculada;
- b) a pedido do **Estipulante** do **Seguro**, ou a critério da **Seguradora**, por escrito, com prazo mínimo de 30 (trinta) dias de antecedência contados do aniversário da **Apólice**.

## 7. DISPOSIÇÃO FINAL

---

Aplicam-se a esta **Garantia Adicional** todas as demais disposições contidas nas **Condições Gerais e Especiais da Apólice**.



## CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

A apuração do **Excedente Técnico** da **Apólice** a ser implantada será realizada de forma anual, pagando lucro ou transferindo prejuízo para o próximo período de apuração, desde que a **Empresa** tenha uma média de **500 (quinhentas)** vidas no exercício correspondente a apuração.

**A apuração do Excedente Técnico será efetuado de acordo com a seguinte Cláusula Suplementar:**

1. Será apurado anualmente, o resultado técnico da **Apólice**, conforme os critérios abaixo:
    - a) Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos:
      - prêmios de competência correspondentes ao período de apuração, efetivamente pagos;
      - estorno de **Sinistros** computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
    - b) Consideram-se como despesas para fins de apuração dos resultados técnicos:
      - comissões de corretagem pagas durante o período;
      - comissões de agenciamento pagas durante o período;
      - os custos de IOF, COFINS e PIS incidentes sobre a operação de **Seguros**;
      - valor total dos **Sinistros** ocorridos em qualquer época e avisados no período de apuração, considerando os pagos e pendentes, computando-se de uma vez os **Sinistros** com pagamento parcelado;
      - reserva de "IBNR", apurado conforme as normas técnicas, correspondente aos **Sinistros** ocorridos durante a vigência da **Apólice** e ainda não avisados por ocasião do vencimento da mesma;
      - valor total das despesas de investigação que porventura se fizerem necessárias a regulação dos **Sinistros** avisados no período de apuração;
      - saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
      - (\*) despesas efetivas de administração da **Seguradora** de \_\_\_\_\_% (\_\_\_\_\_ por cento) do valor total dos Prêmios pagos, líquidos de IOF, no período de apuração.
      - outras despesas extraordinárias.
  - 1.1. (\*) Apurado o Excedente Técnico, será distribuído o percentual de \_\_\_\_\_% (\_\_\_\_\_ por cento) do valor deste, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar do pagamento da última fatura referente ao período, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
  - 1.2. No caso de cancelamento da **Apólice**, a última apuração do Excedente Técnico a ser concedido ao **Estipulante**, será pago em 6 (seis) parcelas mensais, descontados os **Sinistros** que porventura vierem a ser avisados, pagos ou pendentes, após a data de cancelamento.
- (\*) **Percentual a ser definido nas Condições Especiais**

---

**OUVIDOR**

---

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

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

**CANAIS DE ACESSO**

**Ouvidoria:** 0800 775 1079 ou pelo site [www.mapfre.com.br](http://www.mapfre.com.br)

**Ouvidoria para deficientes auditivos ou de fala:** 0800 962 7373

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



A atuação ética é um dos princípios institucionais do GRUPO BB E MAPFRE.

Para garantir ainda mais a segurança e tranquilidade aos clientes, a MAPFRE Seguros divulga o serviço de DISQUE DENÚNCIA, um importante meio de prevenção e redução de fraudes.

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

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