

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou aos seus Beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **desde que respeitadas as condições contratuais.**
- 1.2. **O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.**
- 1.3. **A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.**
- 1.4. **O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF”.**
- 1.5. **Este seguro é por prazo determinado tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal:

Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente 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:

Incluem-se, ainda, nesse conceito:

- suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor
- os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as 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;**
- **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **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 Esforço Repetitivo – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- **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.**

2.2. Apólice:

É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

2.3. Assistido:

É o beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado;

2.4. Beneficiário:

É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.5. Capital Segurado:

É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

2.6. Carregamento:

É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização

2.7. Carência (prazo de carência):

É o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

2.8. Certificado Individual:

É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da redução ou aumento dos valores referentes ao capital segurado ou prêmio.

2.9. Coberturas de Risco:

São as coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada. Denominadas nestas condições gerais de Garantias.

2.10. Condições Contratuais:

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

2.11. Condições Gerais:

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

2.12. Condições Especiais:

É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura/garantia que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

2.13. Contrato:

É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

2.14. Consignante:

É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

2.15. Corretor:

É a Pessoa Física ou Jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros.

2.16. Doença Preexistente:

É toda doença, inclusive as congênitas, que o Segurado saiba ser portador ou sofredor à época da contratação do seguro e não declarada na proposta de adesão.

2.17. Estipulante:

É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante/averbador quando não participar do custeio.

2.18. Evento Coberto:

É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.

2.19. Excedente Técnico:

É o saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

2.20. Formulário de Aviso de Sinistro:

É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

2.21. Garantias:

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

2.22. Grupo Segurado:

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

2.23. Grupo Segurável:

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

2.24. IPC-A:

Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

2.25. Indenização:

Valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

2.26. Início de Vigência:

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

2.27. Médico Assistente:

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

2.28. Migração de Apólices:

É a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

2.29. Nota Técnica Atuarial:

Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

2.30. Parâmetros Técnicos:

A taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

2.31. Período de Cobertura:

Aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

2.32. Prazo de Tolerância:

Corresponde ao período máximo, em que ainda há cobertura do seguro, que antecede o cancelamento do seguro em razão da inadimplência (não pagamento) do Segurado.

2.33. Prêmio:

Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

2.34. Prêmio Comercial:

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

2.35. Prêmio Puro:

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se

houver.

2.36. Proponente:

O interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

2.37. Proposta de adesão:

É o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.38. Proposta de Contratação:

Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais

2.39. Provisão Matemática de Benefícios Concedidos:

Valor atual dos compromissos da Seguradora para com o Segurado ou Beneficiários durante o período de pagamento das indenizações em forma de renda.

2.40. Reabilitação do Seguro:

É o restabelecimento, dentro do prazo de suspensão, das coberturas contratadas.

2.41. Reintegração do Capital Segurado:

É a recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.

2.42. Renda:

Série de pagamentos periódicos.

2.43. Riscos Excluídos:

São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

2.44. Segurado:

Pessoa física que contratou o seguro.

2.45. Segurado Principal:

É o Segurado que mantém vínculo com o Estipulante.

2.46. Segurados Dependentes:

São o cônjuge e os filhos, enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda, quando incluídos no seguro.

2.47. Seguradora:

É a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas.

2.48. Sinistro:

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

2.49. Vigência do Seguro:

É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

2.50. Vigência da Cobertura Individual:

É o período em que o Segurado está coberto pelas garantias deste seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. Este seguro disponibiliza as coberturas a seguir descritas, podendo ou não estar contempladas na Contratação Coletiva. A constatação das coberturas efetivamente contratadas corresponderá àquelas indicadas na Proposta de Contratação e no respectivo Certificado Individual.

3.2. As coberturas dividem-se em Básicas e Suplementares, podendo ser contratadas em conjunto ou isoladamente, sendo obrigatória a contratação de, pelo menos, uma das coberturas básicas a seguir:

3.2.1. Coberturas Básicas

- a) Morte: garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), caso o Segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência do seguro;
- b) Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte por acidente pessoal do Segurado;
- c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): garante o pagamento de uma indenização, limitada ao Capital Segurado, relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física incorrida com o Segurado causado por acidente pessoal;
- d) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): garante o pagamento de indenização em caso de invalidez funcional permanente total, conseqüente de doença, que cause a perda da existência independente do segurado, sendo obrigatória a contratação conjunta com a cobertura de morte;
- e) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD): garante o pagamento de indenização em caso de invalidez laborativa permanente total, conseqüente de doença. É considerada invalidez laborativa permanente total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.
- f) Assistência Funeral: garante o reembolso das despesas efetivamente gastas com o funeral, até o valor do Capital Segurado, em caso de morte do Segurado.

3.2.2. Coberturas Suplementares:

- a) Inclusão Automática de Cônjuge – IAC, inclui os cônjuges ou companheiro(a)s do Segurado Principal;
- b) Inclusão Facultativa de Cônjuge – IFC, inclui os cônjuges ou companheiro(a)s do Segurado Principal;
- c) Inclusão Automática de Filhos – IAF, inclui os filhos, enteados e menores dependentes do Segurado Principal;
- d) Inclusão Facultativa de Filhos – IFF, inclui os filhos, enteados e menores dependentes do Segurado Principal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- 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;
- 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, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;
- de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado, não declaradas na proposta de adesão;
- de suicídio ou tentativa de suicídio do Segurado, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;
- de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, bem como pelos sócios controladores, dirigentes e administradores.

4.2. Exclusão para Atos Terroristas

Não estão cobertos perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentório à ordem pública pela autoridade pública competente.

NOTA:

É vedada a exclusão de morte ou a incapacidade do segurado quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. As coberturas previstas aplicam-se aos eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. CONTRATAÇÃO/ALTERAÇÃO DO CONTRATO

6.1 A contratação do Seguro se dará através de apólice coletiva, sendo necessário o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação por parte do Estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

6.2 A adesão à apólice coletiva, bem como qualquer alteração do risco individual será realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão na qual constará, além dos aspectos relacionados ao risco, cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

7. ACEITAÇÃO

7.1. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a proposta, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

7.2. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.3. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

7.4. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente. Neste caso, o proponente terá cobertura do Seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

7.5. A Seguradora estará obrigada a emitir e enviar, para cada segurado, o certificado individual no início do Seguro e em cada uma das renovações subsequentes.

7.6. No caso de inclusão de menores de 14 anos, é permitido, exclusivamente, a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.

7.7. Os capitais segurados do componente dependente, quando incluídos no seguro, não podem ser superiores ao do componente principal.

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

8.1. A vigência do seguro terá seu início e término às 24 hs das datas para tal fim neles indicadas.

8.3. A apólice será renovada automaticamente, uma única vez, por igual período, salvo se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar, por escrito, o desinteresse pela renovação.

8.4. As demais renovações somente ocorrerão se expressamente acordado pelas partes, por meio de termo aditivo ao Contrato. **Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar sua decisão aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.**

8.4.1. A renovação poderá ser feita mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, desde que não acarrete ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

8.4.2. Caso haja, na renovação, alteração, inclusive quanto à taxa do seguro, que implique em ônus ou dever para os segurados, bem como redução de seus direitos, esta somente poderá ocorrer mediante anuência prévia e expressa de, pelo menos, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

8.5. Para as propostas recebidas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta pela Seguradora. Desde que expressamente acordado entre as partes, poderá ser conveniada outra data para o início de vigência do Seguro.

8.6. Para as propostas recebidas com adiantamento de valor para futuro pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela Seguradora.

8.7. Para formalizar a aceitação do Seguro, a Seguradora deverá emitir Apólice contendo as particularidades do Seguro e enviar uma via para o Estipulante, bem como fornecer, para cada Segurado incluído no seguro, um Certificado Individual, em até 15 (quinze) dias a contar da data da aceitação da proposta. Cada Segurado receberá também um Certificado Individual em cada uma das renovações subsequentes. Constará no respectivo Certificado Individual: data e hora do início e término de vigência do risco individual, cobertura e respectivo capital segurado e o prêmio correspondente, bem como, nos seguros onde haja distribuição de excedentes técnicos aos segurados, informação de que o segurado tem direito ao excedente técnico.

8.8. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a proposta, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

8.9. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

8.10. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da sociedade seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

9. CARÊNCIAS

9.1. Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão ao seguro; e

9.2. O prazo de carência também será aplicado aos aumentos de capital segurado, após o início de vigência do seguro, para o capital aumentado.

9.3. Caso o Grupo Segurado seja transferido de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, desde que mantidas as mesmas características da apólice vigente na congênere anterior.

10. CAPITAL SEGURADO

10.1. O Segurado poderá, a qualquer tempo, solicitar à Seguradora o aumento ou a redução do valor do capital segurado, dentro dos limites mínimo e máximo de valores para o capital estabelecidos no Contrato, podendo a Seguradora solicitar documentos para reanálise do risco do Segurado a fim de permitir ou não a implementação da alteração solicitada.

10.2. Para a determinação do valor do capital segurado no momento da liquidação do sinistro, deverá ser considerada como data do evento a data definida nas condições especiais do seguro.

11. RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO

11.1. Nos Contratos de Seguro onde os capitais segurados forem contratados na forma de múltiplo salarial, estes deverão ser recalculados sempre que houver variação no valor dos salários, o que deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante à Seguradora, para que esta possa recalcular o Capital Segurado, o respectivo prêmio, bem como readequar a sua provisão técnica.

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

12.1. Os capitais segurados e os prêmios correspondentes deverão ser atualizados monetariamente, em cada

aniversário da apólice, pelo IPC-A (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo), divulgado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao do aniversário, exceto para as apólices que prevejam reajuste de capitais segurados e prêmios com base na variação do valor dos salários. Caso ocorra a extinção deste índice, será utilizado o INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) como índice substituto”.

12.1.1. Os capitais segurados, pagáveis por morte ou invalidez, e custeados mediante o pagamento de prêmio único deverão ser atualizados pelo mesmo índice previsto no subitem 12.1 até a data de ocorrência do evento gerador.

12.1.2. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados deverão ser atualizados pelo mesmo índice previsto no subitem 12.1, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do evento gerador.

13. PAGAMENTO DE PRÊMIO

13.1. O custeio do seguro pode ser:

- contributário: quando os Segurados Principais pagam total ou parcialmente o prêmio do seguro; ou
- não contributário: quando os Segurados Principais não arcam com o pagamento do prêmio do seguro, sendo este integralmente custeado pelo Estipulante.

13.2. A periodicidade do pagamento dos prêmios poderá ser única, anual, semestral, trimestral, bimestral ou mensal, bem como na forma fracionada, conforme definido no Contrato.

13.3. Nos seguros custeados através de fracionamento de prêmio, não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento e será garantido ao segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice. No caso de não pagamento de uma parcela até a data limite prevista para este fim, fica entendido e acordado, que, para efeito de cobertura, deverá ser observado o número de dias correspondentes ao percentual do prêmio efetivamente pago, conforme tabela abaixo:

Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso	Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso
13%	5%	73%	53%
20%	9%	75%	57%
27%	13%	78%	62%
30%	17%	80%	66%
37%	21%	83%	70%
40%	25%	85%	74%
46%	29%	88%	79%
50%	33%	90%	83%
56%	37%	93%	87%
60%	41%	95%	91%
66%	45%	98%	95%
70%	49%	100%	100%

13.3.1. Para os percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente

superiores.

13.4. A seguradora informará ao segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do subitem 13.3.

13.5. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido no subitem 13.4, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

13.5.1. Os encargos contratualmente previstos referem-se a atualização monetária, de acordo com o índice indicado em 12.1 acima e juros moratórios equivalentes a 1% (hum por cento) ao mês, aplicados a contar do dia imediatamente posterior ao vencimento da parcela não paga, até o dia do efetivo pagamento.

13.6. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no subitem 13.4, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro, desde que haja expressa previsão contratual neste sentido.

13.7. Os prêmios poderão ser pagos pelo Segurado e/ou pelo Estipulante, por meio de ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido nas Condições Contratuais. Outra forma de pagamento poderá ser definida mediante acordo entre Seguradora e Estipulante e deverá constar do Contrato.

13.8. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. **O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não poderá prejudicar o Segurado.**

13.9. **É expressamente vedado ao Estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.**

13.10. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador não poderá interromper o recolhimento, salvo nos casos de cancelamento da apólice, de perda do vínculo empregatício ou por solicitação por escrito do Segurado. Nesses casos, se o Segurado optar por continuar com a cobertura do seguro, deverá assumir o custeio integral das respectivas coberturas.

13.11. **Os prêmios deverão ser pagos até a data estabelecida nas Condições Contratuais.** No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das garantias.

13.11.1 A não observância da data limite para pagamento do prêmio, exceto nos casos previstos no subitem 13.11 e no item 16, ensejará a cobrança de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do prêmio além de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês "pro rata die" sobre o valor do prêmio.

13.12. Servirão como comprovante de pagamento de prêmios: o recibo de pagamento, o comprovante do débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento. Para as demais formas de pagamento acordadas entre Estipulante e Seguradora, os comprovantes serão aqueles definidos no Contrato.

13.13. **As taxas e os prêmios de seguro serão reavaliados anualmente junto ao Estipulante, por ocasião da renovação da apólice, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial deste seguro. Caso haja, na renovação, alteração da taxa do seguro que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado para que esta possa ser implementada sem prejuízo da faculdade da Seguradora de rescindir o Seguro, mediante comunicação aos segurados e ao estipulante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias que antecedam o**

final da vigência da apólice.

14. DISTRIBUIÇÃO DOS EXCEDENTES TÉCNICOS

14.1. OBJETO: Fica entendido e concordado que a Seguradora concederá à apólice uma participação em seus resultados técnicos, nos termos das condições definidas a seguir, desde que tenha sido verificada uma média mensal mínima de 500 Segurados Principais durante o período de apuração.

14.2. APURAÇÃO DOS EXCEDENTES: A distribuição dos excedentes técnicos será realizada após o término da vigência da apólice, desde que a mesma seja renovada nesta Seguradora, e depois de pagas todas as faturas de prêmio do período em apuração e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

14.3. DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO CUSTEIO: No seguro parcial ou totalmente contributivo, o excedente técnico a ser distribuído será, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado aos Segurados, sendo certo que a parte do excedente técnico a ser distribuída entre os Segurados poderá ser convertida em benefícios ao grupo segurado, nos termos definidos no Contrato.

14.4. RECEITAS: Consideram-se como receitas mínimas para fins de apuração do resultado técnico:

- os prêmios líquidos, de competências correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- o estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- recuperação de sinistro de resseguro, até o limite dos prêmios cedidos; e
- estorno da reserva de sinistros ocorridos e não avisados, do período de vigência anterior.

14.5. DESPESAS: Consideram-se como despesas mínimas para fins de apuração do resultado técnico:

- as comissões de corretagem, de administração (pró-labore) e de agenciamento pagas durante o período;
- o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época, pagos ou avisados, e ainda não considerados até o fim do período em apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- os saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- prêmios de resseguro cedidos;
- as despesas gerais de administração da Seguradora, calculados em uma percentagem dos prêmios recebidos no período de apuração, bem como eventuais despesas extraordinárias com a apólice; e
- reserva de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR); e
- impostos que venham a recair sobre os prêmios e sinistros.

14.6. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA: As receitas, as despesas e o excedente técnico serão atualizados monetariamente pelo IPC-A do IBGE, acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao da apuração, desde:

- a data de pagamento para prêmios e comissões;
- a data do aviso à Seguradora para os sinistros;
- a data de apuração, para os saldos negativos anteriores;
- a data de recebimento do prêmio, para as despesas gerais da Seguradora;
- o término do período de apuração determinado no contrato até a data da distribuição do excedente técnico.

15. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

15.1. Constituem obrigações do Estipulante:

I - fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

II - manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

III - fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

IV - discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º da Resolução CNSP nº 107, quando este for de sua responsabilidade;

V - repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

VI - repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

VII - 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;

VIII - 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;

IX - dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

X - comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

XI - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

XII - informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante;

XIII - Deverão ser estabelecidos, em contrato específico firmado entre a Seguradora e o Estipulante, os deveres de cada parte em relação à contratação do seguro, nos termos desta cláusula;

15.2. É expressamente vedado ao estipulante e ao sub-estipulante, nos seguros contributários:

I - cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;

II - rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;

III - efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e

IV - vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

16. PRAZO DE TOLERÂNCIA

16.1. O não pagamento na data do vencimento de qualquer fatura referente ao prêmio do seguro constitui em mora o Segurado ou o Estipulante, de acordo com o caso, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

16.1.1. No caso de Seguro custeado total ou parcialmente pelo Segurado, o recolhimento do prêmio pelo Estipulante, mediante consignação em folha de pagamento, sem o devido repasse à Seguradora, não prejudicará o segurado em nenhuma hipótese, de acordo com o disposto no item 13.8.

16.2. Em havendo faturas não pagas, o recebimento pela Seguradora de qualquer valor referente ao prêmio do Seguro não implicará em novação ou renúncia de direito, permanecendo o segurado em mora desde a data do vencimento da primeira fatura não paga.

16.3. Durante o período de tolerância do Seguro, ou seja, em até 60 (sessenta) dias a contar da data do vencimento da primeira fatura não paga, o segurado e/ou estipulante deverá providenciar o pagamento dos prêmios vencidos para que não ocorra o cancelamento ou a exclusão do segurado, conforme previsto no subitem 16.4.

16.3.1. Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, mediante cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

16.4. Caso o Segurado permaneça inadimplente (não tenha efetuado o pagamento) por período superior a 60 (sessenta) dias, a contar da data do vencimento da primeira fatura não paga, este será excluído da apólice.

16.4.1. Se o Estipulante, no caso de seguros não contributários permanecer inadimplente (não efetuar o

pagamento) por período superior a 60 (sessenta) dias, a contar da data do vencimento da primeira fatura não paga, a apólice será cancelada.

16.5. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a sociedade seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua vigência, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.

17. CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1. O Seguro ficará automaticamente cancelado na hipótese de qualquer fatura referente ao prêmio do seguro não ser paga em até 60 (sessenta) dias a contar do seu vencimento. O seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações, desde a data do cancelamento, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

17.2. A apólice poderá também ser cancelada a qualquer época, por mútuo e expresso consenso entre o Estipulante e a Seguradora, desde que haja anuência prévia e expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

17.3. No caso de cancelamento do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

I - a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

II - quando adotado o fracionamento do prêmio, na hipótese de cancelamento a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no item 13.3.

18. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

18.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente, de pleno direito, ao final do prazo de vigência da apólice, salvo se esta for renovada.

18.2. Se o segurado, seus prepostos ou beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, ocorrerá automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios pagos, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

18.2.1. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no subitem acima se aplica aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.

18.3. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago e observado o disposto nos itens 13 e 16, a cobertura do segurado principal cessa, ainda:

I – com o desaparecimento do vínculo entre o segurado principal e o estipulante, nos planos coletivos; ou

II – quando o segurado solicitar sua exclusão do seguro ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

18.4. Além das situações mencionadas acima e de outras previstas nas condições especiais, a cobertura de cada segurado dependente cessa:

I – se for cancelada a respectiva cláusula suplementar;

II – com o cancelamento do seguro do segurado principal;

III – com a morte do segurado principal;

IV – no caso de cessação da condição de dependente; ou

V – a pedido do segurado principal, na hipótese de inclusão facultativa do segurado dependente.

19. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

19.1. O Segurado perderá o direito à indenização, se agravar intencionalmente o risco.

19.2. Se, ainda, o Segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta de adesão ou no valor do prêmio, ficará

prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

19.3. Se a inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da proposta de adesão não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora, conforme disposto nas Condições Contratuais, poderá:

19.3.1. Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

- a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitirá a continuidade do seguro, cobrando a diferença do prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

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

- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

19.4. O Segurado deverá comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovada a má-fé.

19.5. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro, ou mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

19.6. O cancelamento do Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

20.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado ou seus Beneficiários, conforme o caso, deverão comunicá-lo à Seguradora e enviar os documentos mínimos para sua análise e regulação descritos abaixo:

20.1.1. Documentos do Segurado em caso de Morte Natural

- a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) cópia autenticada e atualizada da Certidão de Casamento do sinistrado com averbação do óbito deste;
- e) cópia autenticada do comprovante de residência do sinistrado, conforme definido no item 19.8 das Condições Gerais;
- f) cópia da GFIP e SEFIP correspondente ao mês anterior ao evento - Somente para Empresarial;
- g) cópia da FRE (Ficha de Registro de Empregado) - Somente para Empresarial;
- h) cópia de Laudos e Exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
- i) cópia do Prontuário Médico do segurado.

20.1.2. Documentos do Segurado em caso de Morte por Acidente

- a) documentos relacionados no tópico anterior;
- b) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- c) cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- d) cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver; e
- e) cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

20.1.3. Documentos dos Beneficiários em caso de Morte do Segurado, independente da causa:

20.1.3.1. documentos dos Beneficiários, em caso de haver designação:

- cópia autenticada de comprovante de residência em nome de todos os beneficiários designados na proposta de

adesão, conforme definição no item 20.8 das Condições Gerais;

- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário com reconhecimento de firma em cartório;
- cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF;
- companheira: cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 20.7 destas Condições Gerais;
- filhos menores de 16 anos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento; e
- pais, filhos maiores de 16 anos e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF.

20.1.3.2. documentos dos Beneficiários, em caso de não haver designação:

a) Solteiro sem filhos e sem companheira:

- cópia autenticada do RG, CPF e Comprovante de Residência dos herdeiros legais do sinistrado, conforme definição no item 20.8 das Condições Gerais;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos herdeiros legais do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- declaração assinada pelos herdeiros legais do sinistrado informando que este faleceu no Estado Civil de Solteiro sem deixar Filhos; e
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário com reconhecimento de firma em cartório.

b) Solteiro com Companheira e sem filhos:

- cópia autenticada do RG, CPF e Comprovante de residência da companheira do Sinistrado, conforme definição no item 20.8 das Condições Gerais;
- pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 20.7 destas Condições Gerais;
- cópia autenticada do RG, CPF e Comprovante de Residência dos Genitores do sinistrado, conforme definido no item 20.8;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos genitores e companheira do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário com reconhecimento de firma em cartório.

c) Solteiro com Companheiras e filhos:

- cópia autenticada do RG, CPF e Comprovante de Residência da companheira do Sinistrado, conforme definição no item 20.8 das Condições Gerais;
- pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 20.7 destas Condições Gerais;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela companheira e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- cópia autenticada do RG, CPF e Comprovante de Residência dos filhos do Segurado, (em caso de menor impúbere, deverá ser encaminhado Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e Comprovante de residência do responsável legal) , conforme definição no item 20.8 das Condições Gerais;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário com reconhecimento de firma em cartório.

d) Casado sem filhos:

- cópia autenticada do RG, CPF e Comprovante de Residência da esposa, conforme definição no item 20.8 das Condições Gerais;
- cópia autenticada do RG, CPF e Comprovante de Residência dos genitores, conforme definido no item 20.8 das

Condições Gerais;

- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela esposa e genitores do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário com reconhecimento de firma em cartório.

e) Casado com filhos:

- cópia autenticada do RG, CPF e Comprovante de Residência da esposa, conforme definição no item 20.8 das Condições Gerais;
- cópia autenticada do RG, CPF e Comprovante de Residência dos filhos, (no caso de filhos menores impúberes deverá ser encaminhado Cópia autenticada da Certidão de Nascimento destes e RG, CPF e comprovante de residência do responsável legal), conforme definido no item 20.8 das Condições Gerais;
- termo de Responsabilidade devidamente preenchido e assinado pela esposa e filhos do sinistrado com firma reconhecida em cartório;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário com reconhecimento de firma em cartório.

20.1.3.3. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA

- a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) formulário de declaração médica de Acidentes Pessoais;
- c) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
- e) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- f) cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- g) cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- h) cópia autenticada do comprovante de residência do sinistrado, conforme definido no item 20.8 das Condições Gerais;
- i) cópia da FRE (Ficha de Registro de Emprego) - Somente para Empresarial;
- j) cópia da GFIP e SEFIP correspondente ao mês anterior ao evento - Somente quando Empresarial;
- k) cópia do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho);
- l) formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário com reconhecimento de firma em cartório.

20.1.3.4. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD

- a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado. O segurado deverá comunicar à Sociedade Seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante;
- b) declaração médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (data do sinistro). Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item Dos Riscos Cobertos, constantes nas Condições Especiais;
- c) cópia autenticada do comprovante de residência do segurado, conforme definição no item 20.8 das Condições Gerais;
- d) cópia autenticada do RG e CPF do segurado;
- e) Relatório do médico-assistente do Segurado:
 - indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado.

f) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;

g) Formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo segurado com reconhecimento de firma em cartório.

20.1.3.5. Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença

a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado. O segurado deverá comunicar à Sociedade Seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante;

b) declaração médica indicando a data da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (data do sinistro). Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato da invalidez definido no item Dos Riscos Cobertos, constantes nas Condições Especiais;

c) cópia autenticada do comprovante de residência do segurado, conforme definição no item 20.8 das Condições Gerais;

d) cópia autenticada do RG e CPF do segurado;

e) relatório do médico-assistente do Segurado indicando detalhando a natureza da doença e o grau da invalidez, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem como a data da caracterização da Invalidez; e

f) documentos médicos e cópia dos exames complementares que embasaram a invalidez do Segurado, incluindo laudos e resultados dos exames que confirmem a evolução da invalidez, nas condições previstas na alínea anterior;

g) formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo segurado com reconhecimento de firma em cartório.

20.1.3.6. Assistência Funeral

a) documentos do Segurado:

- formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado.

b) além dos documentos descritos acima, os seguintes documentos:

- notas fiscais originais discriminadas comprovando os gastos em função das despesas ocorridas com o funeral do Segurado, respeitado o disposto no item 2.2. das Condições Especiais da Garantia de Assistência Funeral;
- cópia da GFIP e SEFIP correspondente ao mês anterior ao evento – Somente para Empresarial;
- cópia da FRE (Ficha de Registro de Emprego) – Somente para Empresarial.

c) Documentos do Beneficiário, nos termos do item 7 das respectivas Condições Especiais:

- cópia autenticada do RG e CPF da pessoa que arcou com as despesas;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário com reconhecimento de firma em cartório;
- cópia autenticada do comprovante de residência da pessoa que arcou com as despesas, conforme item 20.8 destas Condições Gerais.

20.1.3.7. Inclusão Cônjuge – Automática ou Facultativa:

a) documentos do cônjuge em caso de morte natural:

- Formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário
- cópia de Laudos e Exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito
- cópia do Prontuário Médico do segurado
- cópia autenticada da Certidão de Óbito do sinistrado
- cópia autenticada do RG e CPF do sinistrado
- cópia autenticada e atualizada da Certidão de Casamento do sinistrado com averbação do óbito deste. No caso de companheira, deverão ser apresentados pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento,

conforme definição no subitem 20.7 destas Condições Gerais;

- cópia autenticada do comprovante de residência do sinistrado, conforme item 20.8 das Condições Gerais.

b) documentos do cônjuge em caso de morte acidental:

- documentos relacionados no tópico anterior;
- cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado
- cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver; e
- cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

c) documentos do cônjuge em caso de invalidez:

- formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- formulário de declaração médica de Acidentes Pessoais;
- exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
- cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Sinistrado;
- cópia autenticada e atualizada da Certidão de Casamento do Sinistrado, devidamente averbada com o óbito, se estado civil casado(a);
- cópia do Prontuário Médico do sinistrado;
- cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo sinistrado;
- cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento conforme definição no subitem 20.7., se companheiro(a);
- documentos que comprovem a residência do Beneficiário, conforme definição do subitem 20.8.;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário com reconhecimento de firma em cartório.

d) documentos do segurado principal:

- cópia da GFIP e SEFIP do mês do evento; - Somente para Empresarial
- cópia da FRE - Somente para Empresarial
- cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência do segurado, conforme item 20.8 das Condições Gerais;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário com reconhecimento de firma em cartório.

20.1.3.8. Inclusão Filhos:

a) documentos do Filho em caso de morte natural:

- Formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário;
- cópia de Laudos e Exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito
- cópia do Prontuário Médico do segurado
- cópia autenticada da Certidão de Óbito do sinistrado
- cópia autenticada do RG e CPF do sinistrado
- cópia autenticada do comprovante de residência do sinistrado, conforme item 20.8 das Condições Gerais;
- notas fiscais originais das despesas funerárias no caso de sinistro de filhos menores de 14 anos

b) documentos do Filho em caso de morte acidental:

- documentos relacionados no tópico anterior;
- cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado
- cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
- cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver; e
- cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

c) documentos do segurado principal:

- cópia da GFIP e SEFIP correspondente ao mês anterior ao mês do evento; - Somente para Empresarial
- cópia da FRE - Somente para Empresarial
- cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência do segurado, conforme item 20.8 das Condições Gerais;
- formulário de Autorização de Pagamento de Indenização devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário com reconhecimento de firma em cartório.

20.2. A partir da entrega de toda a Documentação Básica exigida pela Seguradora, esta terá o prazo de até 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro.

20.3. Caso o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o disposto no item 20.4 abaixo, incidirão sobre o valor do capital segurado:

20.3.1. Juros moratórios na razão de 1% (um por cento) ao mês “pro rata die” sobre o valor do capital segurado além de multa de 2% (dois por cento), a partir do primeiro dia subsequente ao do término do prazo;

20.3.2. Atualização monetária, desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento da indenização, pela variação positiva do índice de preço determinado na cláusula 12, qual seja o IPC-A, com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

20.4. É facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos além daqueles elencados como Documentação Básica para cada cobertura, que julgar necessários à apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para a liquidação será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

20.5. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, conforme o caso, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois médicos nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

20.5.1. 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.

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

20.7. Documentos que comprovam a União Estável:

- prova de recebimento de Pensão do segurado, paga pelo INSS;
- declaração do IRRF do segurado, em que conste o(a) companheiro(a) como seu dependente;
- disposições testamentárias;
- anotação constante na Carteira de Trabalho, realizada pelo órgão competente;
- declaração especial perante Tabelião (escritura pública declaratória de dependência econômica);
- anotação constante de Ficha ou Livro de Registro de Empregados;
- certidão de Nascimento de filho havido em comum;
- certidão de Casamento religioso;
- conta bancária conjunta;
- registro em associação de qualquer natureza, do qual conste o(a) companheiro(a) como dependente do segurado.
- ficha de tratamento, em instituição de assistência médica, da qual conste o segurado como responsável

20.8. Documentos que comprovam residência:

- Conta de luz, com prazo máximo 90 (noventa) dias;
- Conta de água, com prazo máximo 90 (noventa) dias;

- Conta de gás, com prazo máximo 90 (noventa) dias;
- Conta de telefone fixo, com prazo máximo 90 (noventa) dias.

21. FORMAS DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

21.1. As indenizações referentes às coberturas contratadas deverão ser pagas sob a forma de pagamento único.

22. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS

22.1. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, e será objeto de endosso.

22.2. Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, o endosso poderá ser realizado apenas com a anuência do estipulante.

22.3. Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas deste contrato somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

23. BENEFICIÁRIOS

23.1. O(s) Beneficiário(s) do Seguro será(ão) aquele(s) designado(s) pelo Segurado em sua proposta de adesão ou em outro documento hábil, podendo ser substituído(s), a qualquer tempo, mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio segurado.

23.2. Na falta da indicação de beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade cônjuge/companheiro(a) não separado judicialmente e a outra metade aos herdeiros do segurado, conforme determinado pela legislação aplicável à herança.

23.3. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

24. REGIME FINANCEIRO

24.1. Devido a natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações do período.

25. MODIFICAÇÃO DA APÓLICE

Qualquer modificação da apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados ou ainda na redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

26. TRIBUTOS

Fica entendido e acordado que os tributos que incidam ou venham a incidir sobre o Prêmio ou sobre a Indenização serão pagos por quem a Lei determinar, conforme legislação aplicável.

27. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

28. FORO

Fica eleito o foro da comarca do domicílio do Segurado ou beneficiário, conforme o caso, para dirimir toda e qualquer dúvida proveniente direta ou indiretamente deste seguro.

Na hipótese de inexistência da relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no caput desta cláusula.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO

1.1. É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) Beneficiário(s), caso o Segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro.

1.2. **Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:**

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

2. CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do falecimento.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 20 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

4. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE

1. OBJETO

As presentes Condições Especiais têm como objetivo indenizar o(s) Beneficiário(s) até o valor da Capital Segurado contratado, em caso de morte do Segurado por acidente pessoal coberto.

2. COBERTURA

As indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único.

3. CAPITAL SEGURADO

Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos:

4.1. os acidentes ocorridos em consequência:

- a) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- b) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar. Esta ressalva se aplica também para os casos de utilização de meio de transporte mais arriscado e da prática de esporte.**

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 20 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

6. DISPOSIÇÕES GERAIS

Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Gerais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETO

As presentes Condições Especiais têm como objetivo pagar uma indenização ao Segurado Principal, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

2. COBERTURA

2.1. Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, de acordo com a tabela:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Invalidez Permanente Total	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
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 incurável	100
Invalidez Permanente Parcial - Diversas	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
Perda total da visão de um olho	30
Perda total 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 no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25

Invalidez Permanente Parcial - Membros Superiores	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
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

Invalidez Permanente Parcial - Membros Superiores	
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 da falange distal do polegar	09
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 de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---
Invalidez Permanente Parcial - Membros Inferiores	
Discriminação	% Sobre o capital segurado
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
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros (perna)	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 uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	---
Ecurtamento de um dos membros inferiores:	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	06
menos de 3 (três) centímetros	sem indenização

2.2. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada 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 dessa 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). Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado,

independentemente de sua profissão.

2.3. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). 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.

2.4. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

2.5. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

2.6. As indenizações por morte e invalidez permanente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

2.7. No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, bem como na ocorrência de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, as indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do acidente.

3.2. No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos:

4.1. Os acidentes ocorridos em consequência:

a) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

b) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar. Esta ressalva se aplica também para os casos de utilização de meio de transporte mais arriscado e da prática de esporte.

5. CANCELAMENTO DO SEGURO

5.1. A presente cobertura se extingue, imediata e automaticamente, sempre que houver pagamento da indenização total ou quando a soma das indenizações parciais atingir o valor do Capital Segurado para a indenização total. Na hipótese de contratação conjunta com outras coberturas, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento da indenização serão decrescidos do prêmio relativo à respectiva cobertura.

5.2. Não restando comprovada a Invalidez Permanente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, das Condições Especiais e Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

6. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

6.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 20 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas, conforme estabelecido nas Condições Gerais do Seguro, durante o período de recebimento de indenização da cobertura objeto destas Condições Especiais, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.

7.2. Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Gerais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO

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

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Agravo Mórbido:** Piora de uma doença

2.2. **Alienação Mental:** Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

2.3. **Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.4. **Atividade Laborativa:** Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

2.5. **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.6. **Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

2.7. **Cardiopatia Grave:** Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

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

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

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

2.11. **Dados Antropométricos:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

2.12. **Deambular:** Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

2.13. **Declaração Médica:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.14. **Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.15. **Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

2.16. **Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

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

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

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

2.20. **Doença Neoplásica Maligna Ativa:** Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no

metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

2.21. **Doença Profissional:** Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

2.22. **Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

2.23. **Etiologia:** Causa de cada doença.

2.24. **Fatores de Risco e Morbidade:** Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.25. **Hígido:** Saudável.

2.26. **Médico Assistente:** Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

2.27. **Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.28. **Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.29. **Recidiva:** Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.30. **Refratariedade Terapêutica:** Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

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

2.32. **Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

2.33. **Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.34. **Transferência Corporal:** Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. COBERTURA

A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 20 - Liquidação do Sinistro das Condições Gerais. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de IFPD, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Considera-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, **provenientes exclusivamente de doença:**

a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;

b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;

d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**

e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau

máximo;

f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) Deficiência visual, **decorrente de doença**:

- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.

i) Estados mórbidos, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:

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

5. DEMAIS RISCOS COBERTOS

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

5.1.1. O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

5.1.2. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

5.1.3. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

5.1.4. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

5.2. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

5.2.1. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Além dos riscos mencionados no item Dos Riscos Excluídos, constante das Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional, salvo quando previsto o contrário no Contrato;
- c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

7. DATA DO SINISTRO

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

7.2. 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.

7.3. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data indicada conforme subitens 7.1 e 7.2 acima.

8. NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

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

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

9. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

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

10. FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado poderá ser realizado sob a forma de pagamento único, conforme item 21 das Condições Gerais.

11. CANCELAMENTO DO SEGURO

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

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

12. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 20 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

13. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

**ANEXO À CLÁUSULA ADICIONAL DA GARANTIA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR
DOENÇA
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF
DOCUMENTO 1
TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS**

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p>1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.</p>	00
	<p>2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<p>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.</p>	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>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.</p>	00
	<p>2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO</p>	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
	QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

DOCUMENTO 2
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO

Esta Cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado, desde que este o requeira, o pagamento do Capital Segurado contratado em caso de invalidez laborativa permanente total por doença, entendendo-se como tal, aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado, sob critérios devidamente especificados no item **Riscos Cobertos, destas Condições, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições do item Cancelamento do Seguro e as constantes das Condições Contratuais**. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

2. DEFINIÇÕES

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

2.2. Atividade Laborativa Principal: é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a sua invalidez.

2.3. Declaração Médica: Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.4. Consideram-se também como Total e Permanentemente Inválidos: para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

2.5. Paciente Terminal: o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 6 (seis) meses da data do diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevivência do Segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

3. COBERTURA

A invalidez laborativa permanente total por doença é aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, e que acarretem na incapacidade total e permanente do Segurado para exercer sua atividade laborativa principal. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 20 - Liquidação do Sinistro das Condições Gerais.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Estarão cobertas as pessoas físicas que, tendo manifestado interesse mediante preenchimento da proposta de adesão, possuam idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 65 (sessenta e cinco) anos completos na data da contratação do seguro, e ainda se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva adesão.

4.2. Não será aceita a adesão das pessoas que, mesmo se enquadrando nos termos do item anterior, não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos mencionados no item Dos Riscos Excluídos, constante das Condições Gerais, consideram-

se também como Riscos Excluídos:

5.1.1. doenças preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas no ato da contratação;

5.1.2. eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;

5.1.3. doenças agravadas por traumatismos;

5.1.4. invalidez que limite parcialmente a capacidade laborativa do segurado.

6. DATA DO SINISTRO

6.1. A data da Invalidez Laborativa Permanente Total Por Doença será a indicada na Declaração Médica.

6.2. A data 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 efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data indicada conforme subitens 6.1 e 6.2 acima.

7. NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

7.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença.

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

8. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

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

9. FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

Reconhecida a Invalidez Laborativa Permanente Total Por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado poderá ser realizado sob a forma de pagamento único, conforme item 21 das Condições Gerais.

10. CANCELAMENTO DO SEGURO

10.1. Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total Por Doença a cobertura básica, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a respectiva cobertura. Na hipótese de contratação conjunta com outras coberturas, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão decrescidos do prêmio relativo à respectiva cobertura.

11.2. Não restando comprovada a Invalidez Laborativa Permanente Total Por Doença, a cobertura continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, das Condições Especiais e Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

11. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

11.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 20 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

11.2. A comprovação da Invalidez se dará mediante entrega da documentação indicada nas Condições Gerais, sendo

ainda comprovada mediante “Declaração Médica” determinada 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.

11.3. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso ele a tanto se negue.

11.4. As despesas efetuadas para a caracterização da Invalidez Laborativa Permanente por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagar a Indenização.

11.5. A concessão do benefício de aposentadoria por invalidez, ainda que por instituições oficiais de previdência social, ou por órgãos do poder público ou mesmo por outras instituições público-privadas, não caracterizam, por si só, o estado de invalidez permanente por doença funcional.

11.6. Pagamento da Indenização:

a) O pagamento da Indenização relativa a esta Cobertura extingue, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro, independentemente da cobrança do Prêmio com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica, exceto para as Coberturas exclusivamente relacionadas a acidente, que poderão ser mantidas, desde que previsto contratualmente.

b) Após o pagamento da indenização, caso o segurado permaneça na apólice, o valor do prêmio deverá ser ajustado de acordo com as coberturas remanescentes, a partir da respectiva data de pagamento da indenização.

12. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETO

1.1. As presentes Condições Especiais têm como objetivo garantir o reembolso ao(s) Beneficiário(s) deste Seguro, das despesas efetivamente gastas com o funeral do Segurado, até o valor do Capital Segurado contratado, caso o Segurado venha a falecer durante a vigência deste Seguro.

2. GARANTIA

2.1. É a garantia de reembolso, ao(s) Beneficiário(s) do Segurado, das despesas efetivamente gastas com o funeral do Segurado, caso este venha a falecer **durante o período de vigência deste Seguro, respeitados os riscos excluídos constantes das Condições Gerais e destas Condições Especiais.**

2.2. **Serão reembolsadas as despesas com o funeral do Segurado relativas à:**

- a) **Preparação do Corpo;**
- b) **Aquisição de Urna Mortuária;**
- c) **Ornamentação;**
- d) **Preparação da Capela;**
- e) **Aluguel de Carro Funerário;**
- f) **Sepultamento ou Cremação;**
- g) **Emissão de Atestado de Óbito;**
- h) **Traslado/Repatriamento do Corpo.**

2.2.1. **O reembolso somente será efetuado mediante a apresentação das notas fiscais originais dos gastos, conforme o item 4 destas Condições Especiais.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. O capital segurado desta garantia varia em função do padrão de funeral escolhido e será estabelecido de comum acordo entre o Estipulante e a Seguradora, constando nas Condições Contratuais da Apólice.

3.2. Para efeito de terminação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data do falecimento.

4. LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

4.1. A liquidação do sinistro se dará mediante reembolso das despesas com funera.

4.1.1. **Reembolso das Despesas com Funeral:** o beneficiário ou a pessoa (membro da família do Segurado) poderá providenciar a sua custa o funeral, escolhendo livremente o prestador de serviço, solicitando posteriormente o reembolso.

4.1.1.1. Para solicitar o reembolso, o interessado deverá apresentar os comprovantes originais das despesas.

4.1.1.1.1. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas em moeda nacional, com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo interessado.

4.1.1.2. O valor do reembolso estará limitado ao Capital Segurado contratado, já incluído neste as despesas com traslado.

5. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 20 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. **Estão expressamente excluídos desta garantia os eventos ocorridos em consequência:**

- a) **do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a**

contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;

c) de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;

d) de suicídio do Segurado, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;

e) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, bem como pelos sócios controladores, dirigentes e administradores.

6.2. Além dos riscos mencionados acima, não serão reembolsadas as despesas efetuadas com:

a) Prestações de serviços não descritos no item 2 destas Condições Especiais sem a prévia autorização expressa da Seguradora;

b) Busca ao corpo do Segurado falecido, realização de provas, bem como as formalidades legais e burocráticas, no caso do Segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja a sua natureza, implicando em morte presumida;

c) Despesas com exumação dos corpos que já estiverem no jazigo quando do sepultamento;

d) Aquisição de jazigo.

7. BENEFICIÁRIO

É beneficiária desta garantia a pessoa que apresentar a comprovação com as despesas de funeral, no caso do subitem

4.1.1. destas Condições Especiais.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

Esta Cláusula tem como objetivo incluir os cônjuges dos Segurados Principais no seguro, respeitadas as condições contratuais.

2. GARANTIAS

2.1. Poderão ser contratadas as mesmas garantias previstas para o Segurado Principal.

2.2. O capital segurado da garantia básica do cônjuge não poderá exceder a 100 % (cem por cento) do capital do respectivo Segurado Principal.

3. FORMAS DE INCLUSÃO E ACEITAÇÃO

3.1. Os cônjuges poderão ser incluídos na apólice de forma **automática** ou **facultativa**.

3.2. A forma de inclusão do cônjuge será definida de comum acordo entre Estipulante e Seguradora e constará nas Condições Contratuais do Seguro.

3.3. Automática: A inclusão no seguro de todos os cônjuges dos Segurados Principais é realizada **automaticamente**, mediante a assinatura e o preenchimento da proposta de adesão, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis. **A proposta de adesão poderá ser preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.**

3.4. Facultativa: A inclusão no seguro dos cônjuges dos Segurados Principais é realizada **facultativamente, por solicitação expressa do respectivo Segurado Principal**, mediante a assinatura e o preenchimento da proposta de adesão, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis. **A proposta de adesão poderá ser preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.**

3.5. São equiparados aos cônjuges as(os) companheiras(os) dos Segurados Principais, se ao tempo do contrato o(a) segurado(a) era separado(a) judicialmente, ou se já se encontrava separado(a) de fato.

4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

4.1. O início de vigência será no momento do início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, para o cônjuge admitido no seguro simultaneamente com o mesmo.

4.2. Caso o cônjuge seja incluído no seguro após o início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, terá seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas do dia do pagamento da primeira parcela do prêmio relativa às garantias contratadas por esta Condição Especial.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. Em caso de morte do cônjuge, a indenização será devida ao Segurado Principal.

5.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e dos segurados dependentes, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dos segurados dependentes, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO DO CÔNJUGE

O seguro do cônjuge será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da apólice:

- a) com o cancelamento da respectiva cláusula suplementar mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;**
- b) nos casos de exclusão do Segurado Principal da apólice, inclusive por morte;**
- c) no caso de cessação de condição de dependente, inclusive por separação judicial ou divórcio;**
- d) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão do cônjuge for facultativa; ou**

e) com a inclusão do cônjuge no grupo segurável principal.

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 20 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

8. DISPOSIÇÃO FINAL

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais e deste seguro, que não modificadas por estas Condições Especiais.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS

1. OBJETIVO

Esta Cláusula tem como objetivo incluir os filhos dos Segurados Principais e/ou dos cônjuges segurados pela Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge no seguro, respeitadas as condições contratuais.

2. GARANTIAS

Somente poderá ser contratada a garantia de morte, observada a restrição para menores de 14 anos prevista no subitem 1.2 das Condições Especiais de Morte.

3. FORMAS DE INCLUSÃO E ACEITAÇÃO

3.1. Os filhos poderão ser incluídos na apólice de forma **automática** ou **facultativa**, respeitada a forma de inclusão do cônjuge.

3.2. A forma de inclusão do filho será definida de comum acordo entre Estipulante e Seguradora e constará nas Condições Contratuais do Seguro.

3.3. Automática: A inclusão no seguro de todos os filhos dos Segurados Principais é realizada **automaticamente**, mediante a assinatura e o preenchimento da proposta de adesão pelo Segurado Principal, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

3.4. Facultativa: A inclusão no seguro dos filhos dos Segurados Principais é realizada **facultativamente, por solicitação expressa do respectivo Segurado Principal**, mediante a assinatura e o preenchimento da proposta de adesão pelo Segurado Principal, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

3.5. São equiparados aos filhos os enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda.

3.6. Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependente daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito da Cláusula.

4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

4.1. O início de vigência será no momento do início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, para o filho admitido no seguro simultaneamente com o mesmo.

4.2. Caso o filho seja incluído no seguro após o início de vigência da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, terá seu início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas do dia do pagamento da primeira parcela do prêmio relativa à garantia contratada por esta Condição Especial.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. Em caso de morte do filho, a indenização será devida ao Segurado Principal.

5.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e dos segurados dependentes, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dos segurados dependentes, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO DO FILHO

O seguro do filho será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da apólice:

a) com o cancelamento da respectiva cláusula suplementar mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;

b) nos casos de exclusão do Segurado Principal da apólice, inclusive por morte;

c) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão do cônjuge for facultativa; ou

d) com o cancelamento da cláusula suplementar de inclusão do cônjuge mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado;

7. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 20 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

8. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais deste seguro, que não modificadas por estas Condições Especiais.