



CONDIÇÕES GERAIS SEGURO DE VIDA EM GRUPO

Processo SUSEP nº 15414.000881/2005-97

GENTE SEGURADORA S/A

Matriz: Av. Carlos Gomes, 350 – Boa Vista – CEP 90.480-000 – PORTO ALEGRE/RS

Fone/Fax (51) 3027-8888 – Ouvidoria: 0800 607 0888

CNPJ n.º 90.180.605/0001-02

E-mail: genteseguradora@genteseguradora.com.br

www.genteseguradora.com.br

Sumário

1. Disposições Preliminares.....	3
2. Definições.....	3
3. Objetivo do Seguro	7
4. Garantias do Seguro.....	7
5. Riscos Excluídos	15
6. Âmbito Geográfico da Cobertura.....	16
7. Carências e Franquias.....	16
8. Inclusão no Seguro e Aceitação do Seguro	17
9. Vigência e Renovação do Seguro.....	18
10. Capital Segurado	19
11. Recálculo do Capital Segurado.....	20
12. Atualização Monetária	21
14. Reenquadramento Tarifário do Prêmio	23
15. Prazo de Tolerância do Seguro	23
16. Cancelamento do Seguro	23
17. Cessação da Cobertura Individual	24
18. Perda do Direito a Indenização	25
19. Liquidação de Sinistros.....	26
20. Formas de Pagamento das Indenizações.....	33
21. Beneficiários	34
22. Obrigações do Estipulante/Subestipulante.....	34
23. Foro	35

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- 1.1 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;
- 1.2 O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização;
- 1.3 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.
- 1.4 A Seguradora não se obriga, por qualquer condição constante ou que venha a constar de estatutos, regulamentos ou instrumentos outros do Estipulante, que contrarie ou modifique quaisquer condições estabelecidas na Apólice, a não ser que tenha a Seguradora prévia e expressamente concordado em sujeitar-se a tal condição.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Aceitação: é o ato de aprovação, após análise do risco proposto, pela Seguradora, da Proposta de Contratação, efetuada pelo Estipulante, ou da Proposta de Adesão, efetuada pelo Proponente, para a cobertura de determinado(s) risco(s) e que servirá de base para a emissão da Apólice e/ou do Certificado Individual.

2.2 Acidente Pessoal: O evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente total ou parcial do Segurado, incluindo-se, ainda, neste conceito:

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

Não incluem-se no conceito de acidente pessoal:

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

- b) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ósteo-musculares relacionadas ao trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- c) **As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; e,**
- d) **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 acima.**

2.3 Aditivo: são as alterações efetuadas na Proposta de Contratação que, após assinatura do Estipulante/Subestipulante e o Corretor, será efetuado o endosso na Apólice.

2.4 Agravação de Risco: circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora, independente ou não da vontade do Segurado.

2.5 Âmbito Geográfico de Cobertura: é a delimitação física da(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.6 Apólice: É o documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos.

2.7 Aviso de Sinistro: é a comunicação da ocorrência de um evento (sinistro) que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento. Pode-se dizer que é a comunicação oficial à Seguradora da ocorrência do Sinistro, sua natureza e gravidade.

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

2.9 Boletim de Ocorrência (BO): documento emitido pela Polícia que relata as circunstâncias de acidentes ocorridos, ou registra o roubo/furto de bens do Segurado.

2.10 Capital Segurado: Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência de sinistro coberto pelo seguro, para as garantias contratadas na apólice.

2.11 Carência: é o período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do contrato, **durante o qual o Segurado não terá direito à integralidade da(s) garantia(s) contratual(is)**, sendo inexistente em caso de acidente pessoal. Ver item 7.

2.12 Certificado Individual: É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

2.13 Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais da Apólice e do Contrato, da Proposta de adesão e do Certificado Individual.

2.14 Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

2.15 Contrato: Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

2.16 Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências: são as doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências e que eram de seu conhecimento prévio ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação e que não tenha sido declarada na Proposta de Adesão. A preexistência de doenças ou lesões poderá ser constatada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

2.17 Estipulante: Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e 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 Formulário de Aviso de Sinistro: É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

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

2.21 Grupo Segurado: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

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

2.23 Indenização: Valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

2.24 Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco (eventos cobertos) propostas serão garantidas pela Seguradora.

2.25 Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge/companheiro(a),**

seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

2.26 Nota Técnica Atuarial: Documento que contém a descrição e o questionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

2.27 Período de Cobertura: Aquele que durante o qual o Segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;

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

2.29 Proponente: O interessado em contratar a garantia (ou garantias), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

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

2.31 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 garantia (ou garantias), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.32 Reabilitação do Seguro: É o restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.

2.33 Regime de Repartição Simples: É um regime no qual as contribuições dos participantes são calculadas segundo os conceitos de receita e despesa, arrecadando-se o suficiente para a cobertura dos eventos garantidos e das despesas de administração, à medida em que ocorram, sem se levar em consideração o fator eventualidade.

2.34 Reintegração do Capital Segurado: É a recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.

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

2.36 Segurado: Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

2.37 Segurado Principal: É a pessoa física habilitada a ser incluída na Apólice de Seguro e que mantenha vínculo com o Estipulante/Subestipulante.

2.38 Segurados Dependentes: Para este seguro, consideram-se **Segurados Dependentes** o Cônjuge/Companheiro(a) e Filhos do **Segurado Principal**, observando as definições constantes na cláusula 4.3 destas condições e desde que os **Segurado Dependente** não esteja incluído no seguro como **Segurado Principal**.

3. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir, dentro dos limites e sob as condições gerais aqui enumeradas, o pagamento de uma indenização ao Segurado ou ao(s) Beneficiário(s), conforme o caso, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as condições do contrato.

4. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias do seguro dividem-se em básicas e adicionais, sendo que o seguro não pode ser contratado sem pelo menos uma das garantias básicas. Quando previsto para a garantia contratada, poderá haver extensão de cobertura para os Segurados Dependentes, conforme Cláusula Suplementar definida nestas condições gerais.

4.1 Garantia Básica:

4.1.1 Morte (MQC): É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), limitada ao valor do Capital Segurado contratado, no caso de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais, ocorrida durante a vigência deste seguro e desde que respeitadas as condições contratuais da apólice.

4.1.1.1 Devido à natureza do Regime de Repartição Simples, adotado neste seguro, a indenização será paga de uma única vez.

4.1.1.2 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:

a) Não incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado.

b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4.2 Garantias Adicionais:

As Garantias Adicionais somente poderão ser contratadas se houver a contratação da garantia básica de Morte (MQC).

4.2.1 Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA): É a garantia do pagamento de uma indenização adicional ao(s) beneficiário(s), limitada a 100% do capital contratado para a garantia básica, em caso de morte do segurado por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

4.2.1.1 Devido à natureza do Regime de Repartição Simples, adotado neste seguro, a indenização será paga de uma única vez.

4.2.2 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio Segurado, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, 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.

4.2.2.1 Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na Tabela I em anexo.

4.2.2.2 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 do anexo I, pelo grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução e, sendo o referido grau classificado como, 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).

4.2.2.3 Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independente de sua profissão.

4.2.2.4 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.

4.2.2.5 Devido à natureza do Regime de Repartição Simples, adotado neste seguro, a indenização será paga de uma única vez.

4.2.2.6 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.

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

4.2.2.8 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.

4.2.2.9 A aposentadoria por invalidez concedida ao Segurado por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

4.2.2.10 Além dos riscos mencionados no item 5, estão também expressamente excluídos das coberturas de IEA e IPA do seguro, os acidentes ocorridos em consequência:

- a) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- b) Aborto ilegal e suas consequências;**
- c) De competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;**
- d) Do segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada;**
- e) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do segurado provier da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- f) Quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental incurável, decorrente de acidente coberto;**

4.2.3 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): É a garantia do pagamento de indenização ao próprio Segurado em caso de invalidez funcional permanente total do mesmo, conseqüente de doença ocorrido durante a vigência do seguro, exclusivamente quando não se puder esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e que cause a perda de existência independente do Segurado. Considera-se perda da existência independente do Segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

4.2.3.1 Considera-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de IFPD, os segurados portadores de doenças em fase terminal, sendo regrada esta cobertura na forma de **Antecipação Especial por Doença Terminal**, da seguinte forma:

4.2.3.2 **Antecipação especial por doença terminal** - Consiste na antecipação do pagamento da indenização relativa a garantia de IFPD, que será paga ao Segurado, curador ou a quem o represente juridicamente, desde que requerido, nos casos em que este apresente quadro clínico irreversível, em fase terminal, em decorrência das doenças devidamente cobertas por esta garantia, observados os riscos excluídos.

4.2.3.3 Considera-se Segurado com quadro clínico irreversível em fase terminal aquele que apresenta estado clínico gravíssimo, sem perspectiva de recuperação, devidamente comprovado por profissional legalmente habilitado na sua especialização e, a critério da Seguradora, perícia realizada na esfera administrativa ou judicial, nos casos das enfermidades abaixo cobertas:

I. Deficiência visual decorrente de doença:

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

II. Coma irreversível por doença, exceto decorrente do uso de álcool e drogas.

- a) Entende-se por coma estado de inconsciência, sem resposta a estímulos externos, persistindo continuamente com as medidas de suporte de vida por um período de pelo menos 96 (noventa e seis) horas e resultante em déficits neurológicos permanentes.

III. Doenças Terminais.

- a) Entende-se por Doenças Terminais aquelas em fase avançada, progressiva e incurável, sem possibilidades de respostas a nenhuma medida terapêutica, conhecida e aplicada, sem expectativa de cura ou prolongamento da sobrevivência, onde o esperado é o óbito.

IV. Alienação mental decorrente de doença, manifestada e diagnosticada na vigência do seguro.

- a) Entende-se por alienação mental, distúrbio mental ou neuromental grave e persistente no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho e incluso na condição de curatelado em definitivo.

V. Insuficiência cardíaca, refratária ao tratamento, com classificação funcional, grau IV, de acordo com a tabela NYHA, exceto doenças congênitas.

- a) Entende-se por insuficiência cardíaca ou cardiopatia grave, doença que curse com alterações hemodinâmicas evidentes e marcadas, com disfunções locais de ordem rítmica, isquêmica, obstrutivo-restritivas ou de mortalidade e/ou com acometimento dos órgãos-alvo, representando-se como condição funcional de grau IV (NYHA), tornando o paciente incapaz de atividade física de qualquer espécie. Esta condição deve ser comprovada pelo exame físico e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

VI. Doenças crônicas

a) Entende-se por doenças crônicas, as que atingem os portadores de doenças incuráveis, que são mantidos definitivamente no leito, com ou sem ajuda de aparelhos, com caráter progressivo, com manifestações clínicas avançadas acometendo órgãos-alvo(consumptivas), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em protocolos de tratamento direcionados à cura e/ou seu controle clínico.

VII. Perda de existência independente do segurado

a) Entende-se perda da existência independente do segurado, aquele que por motivo de doença, vier apresentar alguns dos estados mórbidos relacionados a seguir:

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

4.2.3.4 A constatação da IFPD e os casos de Antecipação Especial por Doença Terminal se fará por declaração médica subscrita por profissional, devidamente habilitado na sua especialização e pericial realizada na esfera administrativa ou judicial, a critério da seguradora, conforme a pontuação mínima determinada no Anexo II destas condições gerais, devidamente preenchido por Médico, ficando definido que caso a pontuação atinja mais de 60 pontos o segurado será considerado permanentemente inválido funcionalmente.

4.2.3.5 A concessão desta garantia não esta vinculada à aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas.

4.2.3.6 Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 5 Riscos Excluídos das Condições Gerais deste Seguro.

4.2.3.7 Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga de uma só vez em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, sendo este igual a 100% do valor contratado.

4.2.3.8 Após o pagamento da indenização o segurado será automaticamente excluído da apólice, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados, conforme item 12 dessas condições gerais.

4.2.3.9 As indenizações por morte e invalidez funcional permanente total por doença não se acumulam.

4.2.4 Invalidez Laborativa Permanente Total (ILPT): É a garantia do pagamento de indenização em caso de invalidez laborativa permanente total, consequente de doença ou acidente pessoal coberto.

4.2.4.1 Considera-se invalidez laborativa permanente total os casos em que não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.

4.2.4.2 A 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 ou acidente pessoal coberto, que acarretou a sua invalidez.

4.2.4.3 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.

4.2.4.4 Além dos riscos mencionados no item 5 Riscos Excluídos, estão também expressamente excluídos das coberturas de Invalidez Laborativa Permanente Total, os riscos decorrentes de:

a) Pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa;

b) Doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito direta ou indireta, em qualquer expressão, com a(s) atividade(s) profissional(is) exercida(s) pelo segurado, em qualquer momento pregresso;

c) Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no âmbito dos riscos cobertos definidos nessas condições gerais; e

d) Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como sendo de “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de acidente pessoal.

4.2.4.5 Após o pagamento da indenização pela garantia de Invalidez Laborativa Permanente Total (ILPT), o Segurado será automaticamente excluído da apólice.

4.2.5 Auxílio Funeral (AF): Garante à pessoa que efetuou o pagamento de despesa com funeral, em caso de morte do Segurado, o 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.

4.2.5.1 Esta garantia será válida também em caso de morte do cônjuge/companheiro(a) do segurado principal, desde que contratada especificamente esta garantia especial e que tenha sido incluída pela cláusula suplementar de inclusão de dependentes, constante do contrato.

4.2.5.2 Não estão cobertos gastos com o traslado bem como com a aquisição de jazigos, terrenos ou carneiros.

4.2.6 Seguro Viagem: garante ao(s) Beneficiário(s), desde que contratada esta cobertura, o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do Capital Segurado contratado na apólice, caso o Segurado venha a falecer, independente da causa, durante uma viagem na qual ele atue como representante/enviado do Estipulante, durante a vigência da apólice. As viagens devem ser previamente informadas à Seguradora para que a cobertura tenha início.

4.2.7 Auxílio Educação (AE): Garante ao(s) Beneficiário(s), desde que contratada esta garantia, o pagamento correspondente ao Capital Segurado contratado para esta garantia, caso o Segurado Principal venha a falecer, seja por morte natural ou morte acidental, desde que devidamente coberta pelo seguro e durante a vigência da apólice.

4.2.8 Auxílio Alimentação (AA): Garante ao(s) Beneficiário(s), desde que contratada esta garantia, o pagamento correspondente ao Capital Segurado contratado para esta garantia, caso o Segurado Principal venha a falecer, seja por morte natural ou morte acidental, desde que devidamente coberta pelo seguro e durante a vigência da apólice.

4.3 COBERTURA SUPLEMENTAR PARA SEGURADOS DEPENDENTES

4.3.1 Quando previsto no Contrato, poderão ser incluídos no seguro, como Segurados Dependentes, o cônjuge/companheiro(a) e/ou filhos do Segurado Principal, desde que os mesmos já não pertençam ao grupo como Segurados Principais.

4.3.1.1 Quando ambos os cônjuges/companheiros forem Segurados Principais do mesmo grupo Segurado, os filhos poderão ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado na soma das garantias básicas contratadas, sendo este denominado Segurado Principal.

4.3.2 Conforme especificado no Contrato, a inclusão de cônjuge/companheiro(a) e/ou filhos no Seguro poderá ser feita das seguintes formas:

4.3.2.1 **Adesão Automática:** quando abranger os componentes dependentes de todos os Segurados Principais; ou

4.3.2.2 **Adesão Facultativa:** quando abranger os componentes dependentes dos Segurados Principais que assim o autorizarem.

4.3.2.3 Para a inclusão do(s) Segurado(s) dependente(s), quando realizada de forma facultativa, a Proposta de Adesão poderá ser preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.

4.3.3 Entende-se como Cônjuge ou Companheiro(a): pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios previstos contratualmente.

4.3.4 Entende-se como Filho(s): o(s) considerado(s) dependente(s) econômico(s) do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda:

- Filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
- Filho(a) ou enteado(a) em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
- Filho(a) ou enteado(a) universitário ou cursando escola técnica de 2º (segundo) grau, até completar 24 (vinte e quatro) anos.

4.3.5 O Capital Segurado do(s) Segurado(s) Dependente(s), em qualquer garantia, não poderá ser superior Capital Segurado do Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato.

4.3.6 Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, conforme item 4.4 destas condições gerais.

4.3.7 Os prêmios relativos aos Segurados dependentes serão pagos pelo Segurado Principal ou Estipulante/Subestipulante, junto com os prêmios de suas próprias garantias.

4.3.8 As condições para cessação da cobertura individual dos Segurados dependentes estão definidas no item 17 destas condições gerais.

4.4 MENORES DE 14 ANOS

4.4.1 Conforme definido na legislação vigente, as garantias que preveem o pagamento do Capital Segurado em caso de morte do Segurado, principal ou dependente, menor de 14 (quatorze) anos de idade destinam-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, observando as seguintes disposições:

4.4.1.1 As despesas devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios;

4.4.1.2 Não incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e,

4.4.1.3 Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões citadas para as garantias de IEA e IPA mencionadas no transcórrer do item 4 e dos casos não enquadrados como Acidente Pessoal, tal como estabelecido na definição de Acidente Pessoal, estão expressamente excluídos de todas as garantias deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) De perturbações e intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- b) 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;
- c) Contaminação radioativa e/ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes caracterizadas por doenças, moléstias ou enfermidades, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto.
- d) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- e) De atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro.
- f) No seguro contratado por pessoa jurídica, de danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;
- g) Os denominados acidentes decorrentes de erros médicos, exemplificativamente, apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, parada cardíaca, trombose;
- h) De doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado, não declaradas na proposta de adesão.
- i) Anomalias congênitas com manifestação em qualquer época.
- j) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- k) Doação e transplante intervivos;
- l) Todas as doenças ou transtornos mentais;
- m) Síndrome do Pânico;
- n) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;

- o) Suicídio ou tentativa de suicídio cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência da cobertura individual do contrato ou da sua recondução depois de suspenso;**
- p) Também não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.**
- q) De choque anafilático e suas consequências, quando não decorrer diretamente de Acidente Pessoal;**
- r) De parto ou aborto e suas consequências, quando não decorrer diretamente de Acidente Pessoal;**
- s) De qualquer tipo de hérnia, mesmo de origem traumática, e suas consequências, quando não decorrer diretamente de Acidente Pessoal;**
- t) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.**

Encontram-se ainda excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer indenizações, mesmo em consequência de eventos cobertos, decorrentes de:

- a) Danos Morais e Estéticos, no qual esteja o segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.**
- b) Lucros Cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do segurado.**
- c) Perdas e Danos decorrentes, direta e indiretamente, de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.**

6. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

As garantias do seguro previstas nas condições contratuais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

7. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

7.1 O período de carência, quando previsto no contrato, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspenso.

7.2 Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de início de vigência da cobertura individual, conforme previsto no artigo 798 da Lei 10.406 de 10/01/02.

- 7.3 Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.**
- 7.4 Caso o grupo segurado seja transferido para outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.**
- 7.5 O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido nestas Condições Gerais.**
- 7.6 Aumentos de Capital Segurado e subscrições posteriores serão distintas e independentes umas das outras, podendo ser estipulado pela Seguradora, prazos de carência próprios.**
- 7.7 O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não poderá exceder metade do prazo de vigência.**
- 7.8 Este Plano de Seguro não prevê aplicação de Franquias.**

8. INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 8.1 Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis, sendo indispensável a comprovação do vínculo com o Estipulante/Subestipulante. Na proposta de adesão deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.
- 8.1.1 A contratação ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta de adesão assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.
- 8.2 A Seguradora fornecerá ao proponente um protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e hora do seu recebimento.
- 8.3 Recebida a proposta de adesão pela seguradora, com o recibo de quitação do prêmio e com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, terá início um período de 15 (quinze) dias, com cobertura condicional, no qual a seguradora avaliará o risco. Esse prazo também será considerado para alterações que impliquem modificação do risco.
- 8.4 O seguro será automaticamente aceito, caso a seguradora não manifeste a recusa da proposta de adesão por escrito ao proponente no prazo de 15 (quinze) dias, devidamente justificada.
- 8.5 A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da 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.

- 8.6 A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada pela Seguradora por escrito ao interessado, justificando a recusa com a consequente devolução dos valores porventura já pagos. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.
- 8.7 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 ou deduzidos da parcela “pro rata temporis”, referente à cobertura do seguro. Nesse 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.
- 8.8 Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de proposta de adesão.
- 8.9 A cada segurado incluído no seguro, bem como em cada uma das renovações subsequentes, será enviado um Certificado Individual que conterá, no mínimo, a data de início e término da vigência das coberturas do segurado principal e dos segurados dependentes, e também o capital segurado de cada garantia relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes, além do prêmio total.
- 8.10 A seguradora solicitará, quando da assinatura da proposta de adesão ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, para efeito de subscrição, a informação ao proponente ou ao Segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas que garantam o reembolso de despesas.
- 8.11 Para os portadores de deficiência, deverá ser ressaltado na proposta de adesão o grau de eventual invalidez preexistente.
- 8.12 Em caso de inclusão de menores de 14 anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas com o funeral, sejam na condição de Segurado Principal ou Dependente, observando também as cláusulas constantes no item 4.4 destas condições.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 9.1 As apólices, os certificados de seguros e os endossos, terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
- 9.2 Este seguro é por prazo determinado e sua vigência será de 12 (doze) meses. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.
- 9.3 Nos contratos de seguro em que as propostas tenham sido recepcionadas sem o 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 ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

9.4 Nos contratos de seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para o futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão o início de vigência da cobertura individual a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

9.5 A renovação automática do seguro só poderá ocorrer uma única vez e por igual período, devendo as renovações posteriores, serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa. A renovação expressa poderá efetivada quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada pelo Estipulante e desde que não implique em ônus ou dever(es) aos Segurados ou a redução de seus direitos.

9.5.1 Caso haja, na renovação ou durante a vigência, alteração da apólice que implique em ônus, dever para os segurados ou redução de seus direitos, esta deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Estipulante ou de seu representante legal, ratificada pelo correspondente endosso, e com anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

9.6 Será enviado novo certificado individual aos segurados em cada uma das renovações do seguro.

9.7 Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

9.8 A renovação automática não se aplica ao Estipulante ou à Seguradora que comunicarem o desinteresse da continuidade do plano de seguro, mediante aviso prévio e de forma expressa (por escrito) de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

9.9 Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

10. CAPITAL SEGURADO

10.1 Entende-se por capital segurado o valor máximo para a garantia contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

10.2 O Capital Segurado de cada uma das garantias contratadas será aquele estipulado entre as partes, constante no contrato do seguro.

10.3 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

Garantia	Evento	Capital Segurado Vigente na Data:
Morte (MQC)	Morte	Do óbito
Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA)	Morte por Acidente	Do acidente
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)	Invalidez por Acidente	Do acidente
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	Invalidez por Doença	Da declaração médica
Invalidez Laborativa Permanente Total (ILPT)	Invalidez por Doença	Da declaração médica
	Invalidez por Acidente	Do acidente
Seguro Viagem (SV), Auxílio Funeral (AF), Auxílio Educação (AE) e Auxílio Alimentação (AA)	Morte	Do óbito

10.4 Observação:

- i. **A Declaração Médica deve ser corretamente preenchida e assinada por médico assistente habilitado.**

10.5 A reintegração do capital segurado, relativo à Invalidez Parcial da garantia adicional de IPA é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

10.6 Nos seguros em que o segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da sociedade seguradora do valor do capital segurado contratado sem a devida solicitação expressa do segurado.

10.7 Os valores serão expressos em moeda corrente nacional.

10.8 Caso o Segurado queira aumentar o(s) seu(s) Capital(is) Segurado(s), a parcela de aumento estará sujeita à subscrição de uma nova Proposta de Adesão. Para tanto, a parcela do referido aumento será considerada como um seguro novo, cuja aprovação dependerá de prévia aceitação por parte da Seguradora e deverá observar a carência estipulada na Apólice, se houver.

10.9 Os capitais segurados do(s) componente(s) dependente(s), quando for possível sua inclusão no seguro, em quaisquer garantias, não podem ser superiores aos do Segurado Principal.

11. RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO

11.1 Nas apólices de seguro onde os capitais segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que o Estipulante comunicar à Seguradora. As variações dos capitais segurados serão também aplicadas nos respectivos valores de prêmios.

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

- 12.1 Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, na data de renovação do seguro, pelo Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas -IGP-M / FGV - acumulado nos 12 (doze) meses anteriores ao mês da renovação, exceto para as apólices que possuam recálculo do capital segurado pela variação salarial. Em caso de extinção do índice acima determinado, será utilizado o IPCA / IBGE.
- 12.2 Não se aplica a atualização monetária descrita no item anterior às apólices de Seguro onde os Capitais Segurados são contratados na forma de múltiplo salarial.
- 12.3 A atualização monetária não se aplica às apólices com vigência inferior a um ano.
- 12.4 Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas - IGP-M / FGV - até a data de ocorrência do sinistro, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

13. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 13.1 O custeio do seguro pode ser:
- **Contributário:** em que os Segurados Principais pagam o prêmio, total ou parcialmente; ou
 - **Não Contributário:** em que os segurados Principais não pagam prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante/Subestipulante.
- 13.2 Os prêmios poderão ser quitados de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, conforme definido no contrato.
- 13.3 O prêmio será pago sempre antecipadamente ao período de cobertura.
- 13.4 Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado até a data limite estipulada, o direito à indenização não ficará prejudicado.
- 13.5 O não pagamento do prêmio na data determinada de vencimento ensejará a abertura de prazo de tolerância, nos termos do item 15 destas condições gerais. Caso o prêmio não seja quitado dentro do prazo de tolerância, o seguro será cancelado, nos termos do item 16.
- 13.6 Se o segurado atrasar o pagamento do prêmio, o valor devido deverá ser acrescido de atualização monetária, pelo índice previsto no item 12 destas Condições Gerais, e juros de mora, equivalentes a 12% (doze por cento) ao ano, até a data de seu efetivo pagamento, obedecido o prazo de tolerância previsto no item 15.

- 13.7 Os prêmios poderão ser pagos pelo Segurado e/ou pelo Estipulante, conforme o caso, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido no contrato.
- 13.7.1 Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do segurado principal por escrito.
- 13.7.2 Servirá de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.
- 13.8 A seguradora poderá delegar ao Estipulante/Subestipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora pelo estipulante, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a abertura de prazo de tolerância e, vencido este prazo, o cancelamento da cobertura, observado o disposto nos itens 14 e 15 dessas Condições Gerais. Fica o Estipulante/Subestipulante sujeito às cominações legais.
- 13.9 É expressamente vedado ao Estipulante/Subestipulante 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 Caso a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão das garantias.
- 13.11 Os prêmios de seguro poderão ser reavaliados anualmente junto ao estipulante, por ocasião da renovação da apólice, com base em critério técnico definido na nota técnica atuarial deste seguro.
- 13.12 Este plano está estruturado sobre o regime financeiro de repartição simples. Devido à natureza do regime adotado, este seguro não permite concessão de resgate ou devolução de prêmios pagos, exceto nos casos expressamente previstos nestas condições gerais.
- 13.13 Os tributos serão pagos por quem a legislação determinar.

14. REENQUADRAMENTO TARIFÁRIO DO PRÊMIO

14.1 As faixas etárias desse seguro serão definidas no contrato de seguro.

14.2 Durante a vigência do seguro, ocorrendo alteração na idade do segurado que signifique o deslocamento entre as faixas etárias, o prêmio vigente terá um acréscimo acima da variação anual de valores prevista no item 12 dessas condições gerais, conforme a tabela determinada no contrato de seguro.

14.3 Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado, incluindo os valores e os percentuais, será disponibilizado aos proponentes quando da adesão ou renovação do seguro.

15. PRAZO DE TOLERÂNCIA DO SEGURO

15.1 Se, após a data estabelecida para o pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, será concedido prazo de tolerância de 30 (trinta) dias para que seja efetuado o pagamento do prêmio em atraso, contados a partir do primeiro dia subsequente ao respectivo vencimento.

15.2 Respeitado o limite de 30 (trinta) dias nos termos do parágrafo anterior, haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

15.3 Sobre o prêmio quitado em atraso, incidirão juros de mora e atualização monetária conforme previsto no item 13.

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

16.1 Caso, até o prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do vencimento do prêmio, não seja efetuado o pagamento dos prêmios em atraso, o seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência. Além disso, não caberá qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

16.2 Quando não ocorrer o pagamento do prêmio até a data do seu vencimento, conforme item anterior, o Segurado ou o(s) seu(s) Beneficiário(s), estará(ão) sem direito de receber a indenização referente a qualquer garantia contratada, no caso de ocorrência de sinistro, conforme determina o Art. 763 do Código Civil, abaixo transcrito:

“Art. 763 – Não terá direito à indenização o Segurado que estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação”.

16.2.1 A Seguradora notificará, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, advertindo quanto à necessidade de pagamento dos prêmios mensais em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

- 16.3 A Seguradora ou o Estipulante poderá solicitar o cancelamento da Apólice mediante manifestação formal em até 60 (sessenta) dias da data de fim de vigência da mesma.
- 16.4 O seguro só será rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e, deverá haver anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.
- 16.5 No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- 16.6 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

17. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 17.1 **Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.**
- 17.2 **Consideram-se alterações de risco, entre outras, as seguintes ocorrências:**
- a) **Mudança de profissão do segurado;**
 - b) **Mudança de residência do segurado para outro país;**
 - c) **Do uso habitual de substâncias alcoólicas ou entorpecentes de quaisquer espécies, bem como o hábito de fumar.**
- 17.3 **Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado principal cessa, ainda:**
- a) **Com o pagamento Integral de uma das garantias contratadas: fica o Segurado automaticamente excluído da Apólice no caso do pagamento de 100% dos capitais previstos para as garantias de Morte (MQC) ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) ou Invalidez Laborativa Permanente Total (ILPT) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).**
 - b) **Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante, podendo, neste caso, o segurado optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo os custos do risco e de cobrança; ou**
 - c) **Quando o segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando persistir a inadimplência no pagamento do prêmio após o prazo de tolerância.**
- 17.4 **Além das situações mencionadas, a cobertura de cada Segurado Dependente cessa:**
- a) **Se for cancelada a respectiva cláusula de Cobertura Suplementar;**
 - b) **Se cessar a cobertura do Segurado Principal;**
 - c) **No caso de cessação da condição de dependente; ou**

d) A pedido do Segurado Principal.

18. PERDA DO DIREITO A INDENIZAÇÃO

18.1 O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, caso haja por parte do(s) mesmo(s), seus representantes legais, corretor de seguros ou prepostos:

- a) **Agravarem intencionalmente o risco;**
- b) **Inobservância da lei ou das obrigações convencionadas nesse seguro;**
- c) **Fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências.**

18.2 Se o Segurado, seu(s) Beneficiário(s), seu representante legal, corretor de seguros ou prepostos fizer declarações erradas, inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá:

I. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

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

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

18.3 O Segurado ou o Estipulante se obriga ainda à comunicar à Seguradora, para que se façam os devidos ajustes logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar ou modificar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

18.4 A Seguradora, em até 15 (quinze) dias do recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao Segurado, 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.

- 18.5 O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer. Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída ao Segurado, corrigida pela variação do IGP-M / FGV “pró-rata tempore” até a data do efetivo pagamento.**

19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 19.1 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o Segurado ou seus beneficiários deverão comunicar o sinistro à Seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste item.
- 19.2 O prazo máximo para pagamento do sinistro, após a entrega de toda a documentação mínima exigida pela Seguradora para a liquidação do mesmo, será de 30 (trinta) dias.
- 19.3 Em caso de dúvida fundada e justificável pela Seguradora, outros documentos, além daqueles listados neste item, poderão ser solicitados, sendo, o prazo estabelecido neste parágrafo suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.**
- 19.4 Com a finalidade de se determinar inequivocamente e/ou confirmar o beneficiário legal do seguro, poderão ser solicitados outros documentos pela seguradora, respeitados o prazo e o critério de suspensão do parágrafo anterior.**
- 19.5 Expirado o prazo máximo para pagamento do sinistro pela seguradora, observado o critério da suspensão, o valor da indenização será atualizado monetariamente pela variação positiva do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M / FGV), também incidindo sobre este valor juros de mora. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo (de 30 dias), serão equivalentes a 12% (doze por cento) ao ano. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade do seguro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 19.6 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 19.6.1 Esta junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 19.6.2 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.

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

19.7 A aposentadoria por invalidez concedida ao segurado por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

19.8 A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

19.9 Se houver algum impedimento legal ou físico para o recebimento da indenização, a Seguradora poderá exigir curatela ou alvará ou outro documento comprobatório necessário.

19.10 Após os prazos previstos nos itens 15 e 16 destas condições gerais, quando não ocorrer o pagamento do prêmio em atraso, o Segurado ou o(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, estará(ão) sem direito de receber a indenização referente a qualquer garantia contratada, no caso de ocorrência de sinistro, conforme determina o Art. 763 do Código Civil, abaixo transcrito:

“Art. 763 – Não terá direito à indenização o Segurado que estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação”.

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

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

19.13 Os prazos prescricionais são aqueles determinados por lei.

19.14 A ocorrência de sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

19.14.1 Em caso de Morte Natural:

a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s), Estipulante e pelo médico assistente;

b) Comprovante de vínculo empregatício do segurado, tais como: Ficha de Registro de Empregado completa; Relação de FGTS onde conste o nome do segurado, Contrato, etc...(cópia autenticada);

c) Certidão de Óbito (cópia autenticada);

d) Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado (cópia autenticada);

19.14.1.1 Documentos do(s) Beneficiário(s):

a) **Cônjuge:** Certidão de Casamento, Carteira de Identidade, CPF, Comprovante de Residência e o número do telefone (incluindo o DDD) do Cônjuge; (Cópias Autenticadas)

b) **Companheira(o):** Carteira de Identidade, CPF, Comprovante de Residência, número do telefone (incluindo o DDD) e documento que comprove a união estável ao tempo do contrato de Seguro; (Cópias Autenticadas)

Observação 1: Caso o Segurado(o) tenha companheira(o) reconhecida(a) no órgão previdenciário, deverá ser enviado o respectivo documento que comprove tal vínculo marital, e/ou Escritura Pública de Declaração informando quanto tempo o companheiro(a) conviveu maritalmente com o(a) Segurado(a) e se essa união perdurou até o falecimento do mesmo.

c) **Filhos:** Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade, CPF e o número do telefone (incluindo o DDD); (Cópias Autenticadas)

d) **Pais e outros:** Carteira de Identidade, CPF, Comprovante de Residência e o número do telefone (incluindo o DDD); (Cópias Autenticadas)

Na falta de Beneficiário(s) indicado(s) pelo Segurado, enviar à Seguradora os seguintes documentos:

a) Declaração de únicos herdeiros (reconhecida em cartório);

b) Cópias Autenticadas da Carteira de Identidade e CPF, ou na falta desses documentos, Certidão de Nascimento dos herdeiros legais do Segurado;

c) Cópia Autenticada da Certidão de Casamento da pessoa que sofreu o sinistro (se for casado, divorciado, separado ou viúvo), extraída no cartório após o óbito do Segurado. Caso seja solteiro, enviar a Certidão de Nascimento do Segurado;

d) Original da Escritura Declaratória de Convivência Marital firmada em cartório ou cópia autenticada da Certidão PIS/PASEP emitida pelo órgão previdenciário.

Observação 2: Caso o(s) Beneficiário(s) tenha(m) relação marital firmada em cartório COM COMUNHÃO UNIVERSAL OU PARCIAL DE BENS, este(s) deve(m) enviar, juntamente com os demais documentos listados anteriormente, a CÓPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE CASAMENTO.

19.14.2 Em caso de Morte Acidental:

a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s), Estipulante e pelo médico assistente;

b) Comprovante de vínculo empregatício do segurado, tais como: Ficha de Registro de Empregado, completa; Relação de FGTS onde conste o nome do segurado, Contrato, etc... (cópia autenticada);

c) Certidão de Óbito (cópia autenticada);

d) Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado (cópias autenticadas);

e) Boletim de Ocorrência Policial (original ou cópia autenticada), no caso de acidente de trânsito ou qualquer outra ocorrência que exija intervenção policial;

- f) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML (cópia autenticada);
- g) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado (cópia autenticada);
- h) Cópia autenticada do Laudo do Exame toxicológico e do teor alcoólico, quando realizado;

19.14.2.1 Documentos do(s) Beneficiário(s):

Os documentos do(s) Beneficiário(s) que devem ser enviados à Seguradora no caso de Morte Acidental são os mesmos solicitados em caso de Morte Natural, listados anteriormente no subitem 19.14.1.1 Documentos do(s) Beneficiário(s).

19.14.3 Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado, Estipulante e pelo médico assistente;
- b) Comprovante de vínculo empregatício do segurado, tais como: Ficha de Registro de Empregado, completa; Relação de FGTS onde conste o nome do segurado, Contrato, etc... (cópia autenticada);
- c) Carteira de Identidade, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- d) Comunicação de Acidente de Trabalho, nos casos de acidente de trabalho (cópia autenticada);
- e) Atestado de Alta Médica definitiva, devidamente assinado pelo Médico, informando as sequelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membros lesados, inclusive o percentual (original);
- f) Resultados de todos os exames realizados no Segurado (original);
- g) Boletim de Ocorrência Policial (original ou cópia autenticada), no caso de acidente de trânsito ou qualquer outra ocorrência que exija intervenção policial;
- h) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado (cópia autenticada);
- i) Cópia autenticada do Laudo do Exame toxicológico e do teor alcoólico, quando realizado;
- j) Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao Segurado, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente. (original ou cópia autenticada).

19.14.4 Em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado, Estipulante e pelo médico assistente;
- b) Comprovante de vínculo empregatício do segurado, tais como: Ficha de Registro de Empregado, completa; Relação de FGTS onde conste o nome do segurado, Contrato, etc... (cópia autenticada);
- c) Carteira de Identidade, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- d) Resultados de todos os exames realizados e boletins médicos do Segurado (original), bem como declaração 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 disfunção e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do exercício das relações autônomicas do segurado, bem como a Carta de Concessão de Aposentadoria fornecida pela Previdência Social (cópia autenticada);
- e) Laudo médico subscrito por profissional, devidamente habilitado na sua especialização indicando a data do enquadramento do estágio da doença que se enquadra nesta cobertura;
- f) Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao Segurado, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente. (Original ou cópia autenticada).

19.14.5 Em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total:

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Segurado, Estipulante e pelo médico assistente;
- b) Comprovante de vínculo empregatício do segurado, tais como: Ficha de Registro de Empregado, completa; Relação de FGTS onde conste o nome do segurado, Contrato, etc... (cópia autenticada);
- c) Carteira de Identidade, CPF e Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- d) Resultados de todos os exames realizados e boletins médicos do segurado (original), bem como declaração 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 disfunção e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do exercício das relações autônomicas do segurado, bem como a Carta de Concessão de Aposentadoria fornecida pela Previdência Social (cópia autenticada);
- e) Laudo médico subscrito por profissional, devidamente habilitado na sua especialização indicando a data do enquadramento do estágio da doença que se enquadra nesta cobertura;
- f) Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao Segurado, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente;

- g) Comunicação de Acidente de Trabalho, nos casos de acidente de trabalho (cópia autenticada);
- h) Atestado de Alta Médica definitiva, devidamente assinado pelo Médico, informando as sequelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membros lesados, inclusive o percentual (original);
- i) Boletim de Ocorrência Policial (original ou cópia autenticada), no caso de acidente de trânsito ou qualquer outra ocorrência que exija intervenção policial;
- j) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado (cópia autenticada);
- k) Em caso de acidente, Cópia autenticada do Laudo do Exame toxicológico e do teor alcoólico, quando realizado.

19.14.6 Em caso de Seguro Viagem

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s), Estipulante e pelo médico assistente em caso de morte;
- b) Comprovante de vínculo empregatício do segurado, tais como: Ficha de Registro de Empregado, completa; Relação de FGTS onde conste o nome do segurado, Contrato, etc... (cópia autenticada);
- c) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- d) Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência do falecido (cópia autenticada);
- e) Boletim de Ocorrência Policial (original ou cópia autenticada), no caso de acidente de trânsito ou qualquer outra ocorrência que exija intervenção policial;
- f) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado (cópia autenticada);
- g) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML (cópia autenticada), apenas em casos de morte acidental;
- h) Cópia autenticada do Laudo do Exame toxicológico e do teor alcoólico, quando realizado, apenas em casos de morte acidental;
- i) Cópia das passagens completas e/ou comprovante do início da viagem validado;
- j) Cópia das faturas e recibos de pagamentos feitos à agência de viagens onde os serviços foram contratados, quando houver.

19.14.6.1 Seguro Viagem - Documentos do(s) Beneficiário(s):

Os documentos do(s) Beneficiário(s) que devem ser enviados à Seguradora no caso de sinistro com a cobertura de Seguro Viagem são os mesmos solicitados em caso de Morte Natural, listados anteriormente no subitem 19.14.1.1 Documentos do(s) Beneficiário(s).

19.14.7 Em caso de Auxílio Funeral:

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s), Estipulante e pelo médico assistente em caso de morte;
- b) Comprovante de vínculo empregatício do segurado, tais como: Ficha de Registro de Empregado, completa; Relação de FGTS onde conste o nome do segurado, Contrato, etc... (cópia autenticada);
- c) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- d) Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência do falecido (cópia autenticada);
- e) Boletim de Ocorrência Policial (original ou cópia autenticada), no caso de acidente de trânsito ou qualquer outra ocorrência que exija intervenção policial;
- f) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado (cópia autenticada);
- g) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML (cópia autenticada), apenas em casos de morte acidental;
- h) Cópia autenticada do Laudo do Exame toxicológico e do teor alcoólico, quando realizado, apenas em casos de morte acidental.

19.14.7.1 Auxílio Funeral - Documentos do(s) Beneficiário(s):

Os documentos do(s) Beneficiário(s) que devem ser enviados à Seguradora no caso de Auxílio Funeral são os mesmos solicitados em caso de Morte Natural, listados anteriormente no subitem 19.14.1.1 Documentos do(s) Beneficiário(s).

19.14.8 Em caso de Auxílio Educação:

- a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s), Estipulante e pelo médico assistente em caso de morte;
- b) Comprovante de vínculo empregatício do segurado, tais como: Ficha de Registro de Empregado, completa; Relação de FGTS onde conste o nome do segurado, Contrato, etc... (cópia autenticada);
- c) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- d) Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência do falecido (cópia autenticada);
- e) Boletim de Ocorrência Policial (original ou cópia autenticada), no caso de acidente de trânsito ou qualquer outra ocorrência que exija intervenção policial;
- f) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado (cópia autenticada);

g) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML (cópia autenticada), apenas em casos de morte acidental;

h) Cópia autenticada do Laudo do Exame toxicológico e do teor alcoólico, quando realizado, apenas em casos de morte acidental.

19.14.8.1 Auxílio Educação - Documentos do(s) Beneficiário(s):

Os documentos do(s) Beneficiário(s) que devem ser enviados à Seguradora no caso de Auxílio Educação são os mesmos solicitados em caso de Morte Natural, listados anteriormente no subitem 19.14.1.1 Documentos do(s) Beneficiário(s).

19.14.9 Em caso de Auxílio Alimentação:

a) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s), Estipulante e pelo médico assistente em caso de morte;

b) Comprovante de vínculo empregatício do segurado, tais como: Ficha de Registro de Empregado, completa; Relação de FGTS onde conste o nome do segurado, Contrato, etc... (cópia autenticada);

c) Certidão de Óbito (cópia autenticada);

d) Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência do falecido (cópia autenticada);

e) Boletim de Ocorrência Policial (original ou cópia autenticada), no caso de acidente de trânsito ou qualquer outra ocorrência que exija intervenção policial;

f) Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado (cópia autenticada);

g) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML (cópia autenticada), apenas em casos de morte acidental;

h) Cópia autenticada do Laudo do Exame toxicológico e do teor alcoólico, quando realizado, apenas em casos de morte acidental.

19.14.9.1 Auxílio Alimentação - Documentos do(s) Beneficiário(s):

Os documentos do(s) Beneficiário(s) que devem ser enviados à Seguradora no caso de Auxílio Alimentação são os mesmos solicitados em caso de Morte Natural, listados anteriormente no subitem 19.14.1.1 Documentos do(s) Beneficiário(s).

20. FORMAS DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

20.1 As indenizações deste Plano de Seguro serão pagas sob a forma de pagamento único. Após o pagamento da indenização, o Segurado será automaticamente excluído da apólice, exceto se a indenização for decorrente de invalidez parcial prevista na garantia adicional de IPA.

21. BENEFICIÁRIOS

- 21.1 É facultado ao Segurado indicar ou substituir o(s) Beneficiário(s).
- 21.2 Os beneficiários serão designados nominalmente pelo Segurado na proposta de adesão, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.
- 21.3 Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.
- 21.4 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e dos 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.

22. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

- 22.1 Constituem obrigações do Estipulante/Subestipulante:
- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
 - b) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
 - c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
 - d) Discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
 - e) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
 - f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
 - g) Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
 - h) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
 - i) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
 - j) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
 - k) 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 co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante; e

- l) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao Seguro, emitidos para o Segurado.

22.2 Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a cobrança de juros e atualização monetária ou o cancelamento das garantias, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

23. FORO

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

ANEXO I
Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre importância segurada	
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100	
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100	
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100	
	Perda total do uso de ambas as mãos	100	
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100	
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100	
	Perda total do uso de ambos os pés	100	
	Alienação mental total e incurável	100	
PARCIAL DIVERSOS	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 do maxilar inferior	20	
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20	
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25	
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70	
	Perda total do uso de uma das mãos	60	
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30	
	Anquilose total de um dos ombros	25	
	Anquilose total de um dos cotovelos	25	
	Anquilose total de um dos punhos	20	
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25	
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9	
	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	9	
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70	
	Perda total do uso de um dos pés	50	
	Fratura não consolidada de um fêmur	50	
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25	
	Fratura não consolidada da rótula	20	
	Fratura não consolidada de um pé	20	
	Anquilose total de um dos joelhos	20	
	Anquilose total de um dos tornozelos	20	
	Anquilose total de um dos 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	3	
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	5	
	Dos demais dedos	1,5	
	Encurtamento de um dos membros inferiores		
	de 5 (cinco) centímetros ou mais	15	
	de 4 (quatro) centímetros	10	
	de 3 (três) centímetros	6	
Menos de 3 (três) centímetros	sem indenização		

Anexo II

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS		
ATRIBUTOS	ESCALA	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	0
	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 INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	0
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20
CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	0
	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
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE		
DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS		PONTOS
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.		2
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.		2
HÁ OU HOUVE RECÍDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.		4
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.		4
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRACTORIEDADE TERAPÉUTICA.		8