

Contributário Prezado Segurado,

Seja bem-vindo à **Gente Seguradora!**

Você acaba de adquirir um produto desenvolvido especialmente para atender às suas necessidades, além de proporcionar tranquilidade e segurança em situações imprevistas.

Estamos muito satisfeitos em tê-lo como Cliente.

Nós da **Gente Seguradora** estamos sempre buscando métodos de trabalho que conduza à qualidade dos produtos e serviços prestados, valorizando sobremaneira a proteção de nossos Segurados.

Estas Condições Gerais contêm todas as informações necessárias sobre o seu seguro. Leia o material atentamente e confira em sua apólice as coberturas contratadas e benefícios.

No site www.genteseguradora.com.br você encontrará todas as informações sobre a **Gente Seguradora** e também sobre o produto adquirido, contando com um amplo canal de atendimento. Além disso, em caso de dúvida, você também pode procurar o seu Corretor de Seguros.

Canais de Atendimento:

Serviço de Atendimento ao Consumidor – SAC: 0800 602 0088

E-mail: sac@genteseguradora.com.br - Ouvidoria: 0800 607 0888

Atendimento para Pessoas com Deficiência Whats App: (51) 99993-1300

Chat disponível no site: www.genteseguradora.com.br.

Obrigada por ter escolhido nosso produto. A **Gente Seguradora** agradece a sua confiança e credibilidade.

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE VIDA EM GRUPO CAPITAL GLOBAL

PROCESSO SUSEP 15414.901696/2017-55

Sumário

1. Disposições Preliminares	4
2. Definições	4
3. Objetivo do Seguro	9
4. Limites para Contratação	10
5. Garantias do Seguro	10
6. Riscos Excluídos	21
7. Âmbito Geográfico da Cobertura	24
8. Carências e Franquias	24
9. Aceitação / Alteração do Seguro	25
10. Vigência e Renovação do Seguro	28
11. Capital Segurado Global	29
12. Atualização Monetária	31
13. Pagamento do Prêmio	31
14. Prazo de Tolerância do Seguro	33
15. Cancelamento do Seguro	34
16. Cessação da Cobertura Individual	35
17. Perda do Direito a Indenização	36
18. Liquidação de Sinistros	37
19. Formas de Pagamento das Indenizações	46
20. Beneficiários	46
21. Obrigações do Estipulante	47
22. Obrigações da Seguradora	48
23. Foro	49

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.

1.5 Não Sub-rogação: Conforme a legislação vigente, o pagamento do capital segurado por morte ou incapacidade não confere à Seguradora o direito de sub-rogação. Desta forma, a Seguradora não buscará o ressarcimento de valores de terceiros que possam ter causado o sinistro.

1.6 Impenhorabilidade do Capital Segurado: O capital segurado devido em razão de morte ou de perda da integridade física é impenhorável, não podendo ser objeto de constrição judicial ou utilizado para a quitação de dívidas do segurado ou do(s) beneficiário(s), bem como não integra a herança, nos termos da legislação vigente.

1.7 pelo exercício de sua atividade, o corretor de seguros fará jus à comissão de corretagem, conforme estabelecido na proposta e na apólice.

1.8 A renovação ou prorrogação do seguro, quando não automática ou implicar alteração de cobertura ou condições financeiras mais favoráveis ao segurado, poderá ser intermediada por outro corretor, de livre escolha do segurado ou do estipulante, sem prejuízo do direito à comissão pelo corretor que efetivar a intermediação.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Aceitação: é o ato de aprovação, após análise do risco proposto, pela Seguradora, da Proposta de Contratação, efetuada pelo Estipulante, 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, ou que torne necessário tratamento médico, incluindo-se, ainda, neste conceito:

Gente Seguradora S.A.

Rua Marechal Floriano Peixoto, 450 | Centro Histórico | Porto Alegre - RS
CEP 90020 060 | Fone (51) 3023.8888 | Ouvidoria 0800 607 0888
genteseguradora.com

- 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 se incluem 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 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 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 Capital Segurado Global: Valor máximo contratado a ser dividido em partes iguais entre todos os segurados, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice vigente na data do evento.

2.12 Capital Segurado Individual: resultado da divisão do capital segurado global em partes iguais entre todos os segurados, a ser utilizado como base para pagamento de indenização, de acordo com a(s) cobertura(s) contratada(s) e vigente(s) na data do evento. O capital segurado individual pode variar em função da inclusão ou exclusão de segurados do grupo segurado.

2.13 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 8.

2.14 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.

2.15 Cobertura Individual: Garantia de cada segurado incluído na apólice de seguro, às coberturas contratadas, com início na data de sua aceitação pela seguradora, e término limitado ao final da vigência da apólice, respeitado o período do prêmio pago.

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

2.17 Condições Especiais: Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

2.18 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.

2.19 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.

2.20 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. 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.

2.21 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.

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

2.23 Formulário de Aviso de Sinistro: É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.

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

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

2.26 Grupo Segurável: É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo anterior, de natureza não securitária, com o Estipulante, e que podem aderir ao seguro, desde que atendam aos requisitos estabelecidos nesta Apólice e no Contrato.

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

2.28 Auxílio Funeral: Esse seguro poderá prevê desde que seja contratado, a possibilidade de Assistência Funeral, limitado ao capital segurado contratado e desde que essa condição esteja determinada no Certificado de Seguro.

2.29 No caso da utilização da **Assistência Funeral**, a solicitação deve ser feita pelos telefones constantes no Certificado do Seguro, 24 horas por dia.

2.30 A Assistência Funeral: não se acumula com o reembolso de despesas. Se utilizada a assistência funeral, não haverá reembolso de despesas.

2.31 Caso não seja acionada a **Assistência Funeral** e desde que caracterizada a cobertura, serão reembolsados, mediante a apresentação de notas fiscais originais, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

2.32 Invalidez Permanente: Perda, redução ou impotência funcional definitiva, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

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

2.34 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.

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

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

2.37 Prazo de Carência: 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 o(s) beneficiário(s) não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

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

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

2.40 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.

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

2.42 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.

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

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

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

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

2.47 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(s) Dependente(s) não estejam incluídos no seguro como Segurado Principal.

2.48 Seguradora: É a **GENTE SEGURADORA S/A**, sob CNPJ 90.180.605/0001-02, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes as coberturas contratadas, nos termos das Condições Contratuais.

2.49 Sinistro: é a ocorrência do risco (evento) coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

2.50 Superintendência de Seguros Privados – SUSEP: Órgão normatizador e fiscalizador das atividades de seguro.

2.51 Vigência do Seguro: É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

2.52 Vigência da Cobertura Individual: É o período em que o segurado está coberto pelas garantias deste seguro.

2.53 Interesse legítimo: Para efeitos deste contrato, considera-se interesse legítimo o vínculo econômico ou jurídico que o segurado ou beneficiário possua em relação ao bem, pessoa ou direito objeto do seguro. A garantia securitária somente será aplicável enquanto existir interesse, a inexistência, extinção ou impossibilidade do interesse legítimo implica a nulidade ou resolução do contrato, conforme previsto na legislação vigente.

3. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou aos seus beneficiários, na modalidade capital global, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais. Garantias através da contratação:

3.1 Anuência da Seguradora

a) A cessão dependerá da anuência prévia da seguradora quando houver aumento relevante do risco ou descumprimento dos requisitos técnicos do seguro.

3.2 Comunicação e Prazos

b) O segurado deverá comunicar a transferência à seguradora em até **30 (trinta) dias** após a ocorrência.

c) A seguradora terá **25 (vinte e cinco) dias** para se manifestar, podendo aceitar ou resolver o contrato.

Gente Seguradora S.A.

Rua Marechal Floriano Peixoto, 450 | Centro Histórico | Porto Alegre - RS
CEP 90020 060 | Fone (51) 3023.8888 | Ouvidoria 0800 607 0888
genteseguradora.com

d) Em caso de resolução, será devolvida a parte proporcional do prêmio, deduzidas as despesas incorridas.

- Morte (MO);
- Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA);
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);
- Invalidez Permanente Total em Decorrência de Doença Profissional (IPTDP);
- Verbas Rescisórias por Morte (VR);
- Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- Auxílio Alimentação em caso de Morte (AAMO);
- Auxílio Funeral (AF).

3.1 Esse seguro prevê, ainda, a possibilidade de contratação das seguintes Cláusulas Suplementares:

- IAC – Inclusão Automática de Cônjuge – Básica (Morte);
- IAF – Inclusão Automática de Filhos – Básica (Morte).

O valor do Capital segurado individual, igual para todos os segurados, será apurado na data do evento, sendo equivalente ao valor do capital segurado global dividido pelo número de segurados.

O Seguro de Vida com Capital Global é uma modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

4. LIMITES PARA CONTRATAÇÃO

4.1 Quantidade de vidas

Mínimo de 04 vidas.

5. 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

Gente Seguradora S.A.

Rua Marechal Floriano Peixoto, 450 | Centro Histórico | Porto Alegre - RS
CEP 90020 060 | Fone (51) 3023.8888 | Ouvidoria 0800 607 0888
genteseguradora.com

garantia contratada, poderá haver extensão de cobertura para os Segurados Dependentes, conforme Cláusula Suplementar definida nestas condições gerais.

5.1 Garantia Básica:

5.1.1 Morte (MO): 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.

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

5.1.1.2 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.

5.2 Garantias Adicionais:

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

5.2.1 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.

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

5.2.2 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.

- 5.2.2.1** 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 do Anexo I.
- 5.2.2.2** 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).
- 5.2.2.3** 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.
- 5.2.2.4** Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se às 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.
- 5.2.2.5** Devido à natureza do Regime de Repartição Simples, adotado neste seguro, a indenização será paga de uma única vez.
- 5.2.2.6** 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.
- 5.2.2.7** A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.
- 5.2.2.8** 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.
- 5.2.2.9** A aposentadoria por invalidez concedida ao Segurado por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

5.2.2.10 Além dos riscos mencionados no item 6, estão também expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) do seguro, os acidentes ocorridos em consequência de:

- a. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas, queda de meteoritos, incêndios naturais, nevascas, avalanches, desmoronamentos, deslizamentos de terra, tempestades de areia ou de poeira, tufões, tornados, tremores de terra, maremotos, tsunâmis, ressacas, enchentes ou inundações por água de chuva, do mar, de rio, de lago, de represa ou de adutora.
- b. Aborto ilegal e suas consequências;
- c. Competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;
- d. O segurado dirigir o veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada;
- e. 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.

5.2.3 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, consequente 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.

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

5.2.3.2 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.

- I. 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:

II. 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.

III. 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.

IV. 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 sobrevida, onde o esperado é o óbito.

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

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.

VI. 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.

VII. 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.

VIII. 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.

5.2.3.3 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.

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

5.2.3.5 Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 6 Riscos Excluídos das Condições Gerais deste Seguro.

5.2.3.6 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.

5.2.3.7 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 16 destas Condições Gerais.

5.2.3.8 As indenizações por Morte e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença não se acumulam.

5.2.4 Invalidez Permanente Total em Decorrência de Doença Profissional (IPTDP): É

a garantia ao Segurado o pagamento de 100% (cem por cento), de forma antecipada, do capital segurado da cobertura de básica de Morte, quando da caracterização de estado de Invalidez Definitiva por Consequência de Doença Profissional adquirida no ambiente profissional, mediante declaração médica, assinada pelo médico, ou junta médica, responsável pelo laudo, caracterizando a incapacidade decorrente de Doença Profissional, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

5.2.4.1 O pagamento da Indenização relativa a esta Cláusula exclui, imediata automaticamente, o segurado da apólice.:

Definições

- A. Doença Profissional: Doença caracterizada como definitiva que tenha afetado o segurado exposto ao respectivo risco pela natureza da atividade ou condições ambientais profissionais.
- B. Invalidez Definitiva por Consequência de Doença Profissional: será caracterizada por Doença Profissional que impeça o segurado de desempenhar definitivamente suas funções e pela qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação e desde que a data de início de tratamento e/ou diagnóstico da Doença Profissional seja posterior a data de sua inclusão no seguro.
- C. Não podem figurar como segurados, para esta Cláusula, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.

Riscos Excluídos

- D. Estão expressamente excluídos de cobertura para esta Cláusula os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta, de e/ou relacionados a:**
- D.1) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
 - D.2) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
 - D.3) Doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;**
 - D.4) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, ou ainda pelos sócios controladores, dirigentes e administradores do Estipulante;**
 - D.5) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, assim declaradas por órgão competente.**
 - D.6) Casos de invalidez permanente total gerada por doenças adquiridas fora do período de atividade profissional;**
 - D.7) Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquicas causada por acidente pessoal;**
 - D.8) Situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas sendo como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da invalidez não se enquadre integralmente na caracterização de Doença Profissional.**

Capital Segurado

- E. O Capital Segurado será estabelecido contratualmente e deverá constar nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.**
- F. Para fins desta Cláusula considera-se como data do evento a data do laudo médico indicando o início da Invalidez.**
- G. Sendo reconhecida a invalidez pela Seguradora, esta pagará o valor da indenização de uma só vez ao próprio Segurado.**

Âmbito Geográfico

- H. Este Seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre.

Início e Término de Vigência

- I. A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início indicado nas condições contratuais do plano de seguro, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar o Contrato.
- J. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Condição Especial termina:
- J.1) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula;
 - J.2) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
 - J.3) Com a morte ou invalidez permanente total do Segurado (por acidente ou por doença).

Prêmio

- K. A seguradora cobrará prêmio adicional ao seguro total contratado pelo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do plano.

Franquias e Carências

- L. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.
- M. Quando forem aplicáveis, as carências estarão fixadas no contrato.
- N. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.
- O. O prazo máximo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não excederá metade do prazo de vigência.
- P. Será aplicada uma carência de 2 (dois) anos nos casos de morte ocasionada por lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada.

5.2.5 Verbas Rescisórias (VR): Desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta Cobertura a título de verbas rescisórias, em caso de morte do Segurado, seja natural ou acidental, devidamente coberta, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.

5.2.6 Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO): Desde que contratada, garante ao próprio segurado, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da

data do acidente, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.

5.2.6.1 O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

5.2.6.2 Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

5.2.6.3 A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

5.2.6.4 A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado a tanto se negue.

5.2.7 Auxílio Alimentação em caso de Morte (AAMO): Desde que contratada, garante ao beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura a título de Auxílio Alimentação, em caso de morte do Segurado, seja natural ou acidental, devidamente coberta, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.

OBS: Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica

5.2.8 Auxílio Funeral (AF): Desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s), conforme estabelecido no certificado individual de seguro, uma indenização ou o reembolso das despesas com funeral quando ocorrer a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos constante no item 6.

5.2.8.1 O capital desta cobertura destina-se apenas as despesas com funeral, que no caso de reembolso devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

5.3 Cobertura Suplementar para Segurados Dependentes

5.3.1 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.

Gente Seguradora S.A.

Rua Marechal Floriano Peixoto, 450 | Centro Histórico | Porto Alegre - RS
CEP 90020 060 | Fone (51) 3023.8888 | Ouvidoria 0800 607 0888
genteseguradora.com

- 5.3.1.1** 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.
- 5.3.2** Conforme especificado no Contrato, a inclusão de cônjuge/companheiro(a) e/ou filhos no Seguro poderá ser feita da seguinte forma:
- 5.3.2.1 Adesão Automática:** quando abranger os componentes dependentes de todos os Segurados Principais.
- 5.3.3** 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.
- 5.3.4** 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.
- 5.3.5** 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.
- 5.3.6** Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, conforme item 5.1 destas Condições Gerais.
- 5.3.7** Os prêmios relativos aos Segurados dependentes serão pagos pelo Estipulante/Subestipulante, junto com os prêmios do segurado principal.
- 5.3.8** As condições para cessação da cobertura individual dos Segurados dependentes estão definidas no item 16 destas Condições Gerais.

5.4 Menores de 14 anos

5.4.1 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:

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

5.4.1.2 Não se incluem entre as despesas com funeral as havidas com o traslado;

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

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1 Além das exclusões mencionadas no transcorrer do item 5 e dos casos não enquadrados como Acidente Pessoal, tal como estabelecido na definição de Acidente Pessoal, também 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) De 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) Não estão cobertos eventos diretamente decorrentes de atos ou operações de guerra declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição ou sublevação, bem como seus efeitos, exceto quando resultantes de prestação de serviço militar regular ou atos de humanidade;
- 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 constante no item 9.2 linha (c);
- i) De anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
- j) De epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- k) De doação e transplante intervivos;
- l) De todas as doenças ou transtornos mentais;
- m) De síndrome do Pânico;
- n) De estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
- o) De 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;
- p) De choque anafilático e suas consequências, quando não decorrer diretamente de Acidente Pessoal;
- q) De parto ou aborto e suas consequências, quando não decorrer diretamente de Acidente Pessoal;
- r) De qualquer tipo de hérnia, mesmo de origem traumática, e suas consequências, quando não decorrer diretamente de Acidente Pessoal;
- s) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- t) De competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e/ou veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;
- u) Do Segurado dirigir veículo automotor ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeira aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada;
- v) De quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental incurável, decorrente de acidente coberto.

- w) Fica estabelecido, contudo, que a exclusão por doenças ou lesões preexistentes descrita neste item somente será aplicável nos contratos que não prevejam prazo de carência. Caso seja estipulado um prazo de carência para a cobertura, a Seguradora, após o término deste prazo, não poderá negar a indenização com base na alegação de preexistência.

6.2 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.

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.

6.3 Em caso de Suicídio:

6.3.1 O falecimento do segurado por suicídio, ou sua tentativa, não terá cobertura nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial do contrato.

6.3.2 Em caso de aumento de capital segurado durante a vigência da apólice, a carência de 2 (dois) anos prevista no item anterior será aplicada apenas sobre o valor do capital que foi aumentado.

6.3.3 O prazo de carência de 2 (dois) anos não será reaplicado nas renovações do contrato.

6.3.4 Ocorrendo o suicídio dentro do prazo de carência aplicável, a Seguradora, embora isenta do pagamento do capital segurado, efetuará a devolução integral do montante dos prêmios pagos pelo segurado para a cobertura de morte.

6.3.5 Fica entendido que a cobertura estará garantida, mesmo dentro do prazo de carência, se o suicídio for resultado de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro, desde que devidamente comprovado.

7. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

8. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

- 8.1 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.
- 8.2 Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos (24 meses) ininterruptos, contados da data de início de vigência da cobertura individual, conforme previsto no artigo 798 da Lei 10.406 de 10/01/02.
- 8.3 Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.
- 8.4 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.
- 8.5 O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido nestas Condições Gerais.
- 8.6 Aumentos de Capital Segurado e subscrições posteriores serão distintas e independentes umas das outras, podendo ser estipulado pela Seguradora, prazos de carência próprios.
- 8.7 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.
- 8.8 Caso ocorra a morte do segurado durante o período de carência, serão devolvidas aos beneficiários as reservas técnicas do seguro, nos termos em que dispõe a lei civil, e **nos casos que for tecnicamente possível**. Esses valores serão atualizados pela variação do IPCA/IBGE, “pro rata tempore”, correspondente ao período da data do pagamento dos prêmios até a data da efetiva restituição.
- 8.9 Quando couber, nos casos de garantias adicionais, será estabelecido período de franquia de, no máximo, 15 dias, a contar da data do evento coberto, estando este fixado no contrato deste plano de seguro.
- 8.10 Não serão estipulados novos prazos de carência nos casos de renovação da apólice.

- 8.11 Caso o sinistro com cobertura venha a ocorrer durante o período de carência, a Seguradora, embora isenta do pagamento do capital segurado, devolverá ao beneficiário (em caso de morte) ou ao próprio segurado (nos demais casos) a totalidade dos prêmios pagos para a respectiva cobertura.
- 8.12 Uma vez estipulado e cumprido o prazo de carência para uma determinada cobertura, a Seguradora não poderá negar o pagamento da indenização sob a alegação de doença ou lesão preexistente à contratação do seguro, exceto em caso de comprovada má-fé do segurado no ato da contratação.
- 8.13 As carências e franquias aplicáveis a cada cobertura estão localizadas, de forma expressa e individualizada, nas respectivas seções de Coberturas desta Condição Geral.

8.14 Prescrição e Suspensão

- 8.14.1 Prescrevem em 1 (um) ano, contado da ciência da recusa expressa e motivada da seguradora, as pretensões do segurado para exigir indenização, capital, reserva matemática, prestações vencidas ou restituição de prêmio.
- 8.14.2 Prescrevem em 3 (três) anos, contados da ciência do fato gerador, as pretensões dos beneficiários ou terceiros prejudicados para exigir indenização, capital, reserva matemática ou prestações vencidas.
- 8.14.3 A prescrição será suspensa uma única vez quando houver pedido de reconsideração da recusa, cessando na data da comunicação da decisão final pela seguradora.

9. ACEITAÇÃO / ALTERAÇÃO DO SEGURO

- 9.1 Este seguro destina-se a Pessoas Jurídicas que buscam oferecer um seguro de Vida em Grupo às pessoas a ela vinculadas, devidamente identificadas nos termos destas Condições Gerais.
- 9.2 Somente serão incluídos no seguro os componentes do grupo segurável que, na data de adesão ao seguro sejam:
- (a) empregados vinculados ao Estipulante por meio de contrato de trabalho, desde que em plena atividade de trabalho, e constarem da relação “GFIP” (guia de recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social); e/ou
 - (b) estagiários prestadores de serviços, desde que comprovados por meio de “Termo de Contrato de Estágio”; e/ou (c) estudantes vinculados, desde que comprovados pelo “Atestado de Matrícula.

- (c) estejam em plena atividade a serviço do estipulante e em perfeitas condições de saúde
 - (d) Comproven a existência de vínculo empregatício com o estipulante, quando funcionários e, com o estipulante por meio do Contrato Social, se sócios/diretores;
 - e) Tenham idade dentro dos limites estabelecidos pela seguradora para aceitação no grupo segurado.
 - f) 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, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.
- 9.3** Para adesão a este seguro, a Seguradora exigirá o preenchimento da proposta de contratação pelo Estipulante, não exigindo, todavia, o preenchimento da proposta de adesão pelos proponentes.
- 9.4** Não poderão participar do seguro e não serão considerados componentes do grupo segurado, para efeito de apuração do Capital Segurado em caso de sinistro, mesmo que constante da documentação comprobatória mencionada anteriormente, os empregados que tiverem aposentados por Órgão de Previdência Oficial na data do início de vigência da apólice, ou que vierem a se aposentar no decorrer da vigência do seguro, exceto aqueles que estejam aposentados por tempo de serviço, mas que permaneçam exercendo plena atividade laborativa dentro do Estipulante, e que estejam constantes da GFIP/SEFIP.
- 9.5** Cabe ao Estipulante a obrigação de verificar o preenchimento dos requisitos previstos nestas Condições Gerais para a inclusão dos segurados, isentando a Seguradora do pagamento de qualquer indenização a segurados incluídos indevidamente por não preencherem os requisitos mencionados.
- 9.6** Na proposta de contratação constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.
- 9.7** A Seguradora fornecerá ao proponente um protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e hora do seu recebimento.
- 9.8** Recebida a proposta de contratação pela seguradora, com o recibo de quitação do prêmio e com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, terá início um período de 25 (Vinte e Cinco) dias, com cobertura condicional, no qual a seguradora avaliará o risco. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 9.9** O seguro será automaticamente aceito, caso a seguradora não manifeste a recusa da proposta de contratação por escrito ao proponente no prazo de 25 (Vinte e Cinco) dias, devidamente justificada.

- 9.10** 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 25 (Vinte e Cinco) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 9.11** A não aceitação da Proposta de contratação 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.
- 9.12** 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 30 (trinta) 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.
- 9.13** Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de proposta.
- 9.14** Para os portadores de deficiência, deverá ser ressalvado na proposta o grau de eventual invalidez preexistente.
- 9.15** 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 5.1 destas Condições Gerais.
- 9.16** O Segurado tem o direito de comunicar à Seguradora qualquer fato que represente uma redução relevante e duradoura do risco coberto, a fim de solicitar a revisão e a correspondente redução proporcional do valor do prêmio.
- a)** A comunicação deverá ser feita por meio idôneo, acompanhada da documentação necessária para comprovar a alteração do risco.
 - b)** A Seguradora, após o recebimento da comunicação completa, analisará o pedido e, caso seja constatada a efetiva e relevante redução do risco, realizará o ajuste no valor do prêmio
 - c)** A redução do prêmio será aplicada de forma proporcional ao tempo restante da vigência da apólice, a contar da data do recebimento da solicitação pela Seguradora, ressalvados os custos de contratação já incorridos, na mesma proporção.
 - d)** Entende-se como redução relevante do risco, por exemplo, a mudança de profissão para uma atividade de menor periculosidade ou a cessação da prática de esportes de risco, desde que tais condições tenham sido consideradas no cálculo original do prêmio.

9.17 Caso a proposta de alteração do contrato pela Seguradora, em decorrência do agravamento do risco, resulte em um aumento de prêmio superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o Segurado terá o direito de recusar a modificação e optar pelo cancelamento do seguro. A decisão de cancelar deverá ser comunicada à Seguradora no prazo de 15 (quinze) dias, contados da ciência da proposta de alteração, sendo o cancelamento efetivado a partir da data de início do agravamento do risco.

9.18 A Seguradora garante que o Contrato de Seguro incluindo apólice e todas as suas cláusulas, condições gerais, será mantido acessível e íntegro para o Segurado durante toda a vigência.

9.19 O Interesse Legítimo (ou Interesse Segurável) do Proponente ou Estipulante sobre a vida e/ou integridade física do Segurado (terceiro) deve ser um vínculo lícito e demonstrável que evidencie um risco de prejuízo econômico ou moral relevante para o Proponente/Estipulante na hipótese de falecimento ou lesão corporal do Segurado.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

10.1 Observada a regulamentação em vigor, as apólices de seguro e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas. Quando houver qualquer alteração nos parâmetros inicialmente contratados para o grupo segurado, em conformidade com a documentação prevista no item 9 destas Condições Gerais, o valor da cobertura individual terá seu início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da alteração.

10.2 As apólices, os certificados e os endossos, terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

10.3 Este seguro é por prazo determinado e sua vigência será de 12 (doze) meses, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. 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.

10.4 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.

10.5 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.

10.6 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.

10.6.1 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.

10.7 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.

10.8 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, 30 (trinta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

10.9 Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

10.10 A vigência do seguro terá início a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, caso tenha havido adiantamento de valor para pagamento de prêmio. O recebimento de qualquer valor a título de prêmio, antes da recusa formal da proposta, será considerado um ato de aceitação do risco, salvo o disposto sobre a devolução em caso de não aceitação.

11. CAPITAL SEGURADO GLOBAL

11.1 O seguro de pessoas com capital global é uma modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

11.2 O proponente poderá escolher livremente o valor do capital segurado global, respeitados os limites técnicos da seguradora, sendo que o valor do capital segurado individual, igual para todos os segurados, será apurado na data do

Gente Seguradora S.A.

Rua Marechal Floriano Peixoto, 450 | Centro Histórico | Porto Alegre - RS
CEP 90020 060 | Fone (51) 3023.8888 | Ouvidoria 0800 607 0888
genteseguradora.com

evento, sendo equivalente ao valor do capital segurado global dividido pelo número de segurados.

- 11.3 Para efeito de determinação do número de segurados, a Seguradora se utilizará da relação “GFIP” completa ou, se for o caso, dos “Termos de contrato de Estágio atualizado”, ou ainda, dos “Atestados de Matrícula Atualizados”.
- 11.4 Considera-se como data da ocorrência de sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado:
- a) Na cobertura de morte – a data do falecimento;
 - b) Nas demais coberturas, se contratadas – a data estabelecida como data do evento nas Condições Gerais de cada cobertura contratada
- 11.5 No caso de invalidez parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
- 11.6 Para efeito de apuração do capital segurado individual, deverá ser apresentada à Seguradora a relação “GFIP” completa ou, se for o caso, os “Termos de contrato de Estágio atualizados” ou, ainda, os “Atestados de matrícula atualizados”, conforme previstos no item 9 destas Condições Gerais, relativa ao mês de ocorrência do evento coberto.
- 11.7 Se a quantidade de segurados se alterar durante a vigência do seguro, seja pela ocorrência de sinistro ou pela movimentação natural (demissões, admissões e etc), o capital segurado individual será automaticamente ajustado, rateando-se o capital segurado global de forma proporcional ao novo número de segurados.
- 11.8 Caso a empresa deseje restabelecer os valores de capital segurado conforme os valores inicialmente contratados, deverá solicitar a emissão de endosso de alteração através de formulário próprio.
- 11.9 O presente seguro é classificado como "Não Contributário". Isto significa que a responsabilidade integral pelo pagamento do prêmio, seja ele total ou parcial, recai exclusivamente sobre o Estipulante. Desta forma, fica vedada à Seguradora qualquer cobrança de prêmio, direta ou indireta, sob qualquer justificativa ou modalidade, do Segurado.
- 11.10 Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

12. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, na data de renovação do seguro, pelo Índice Geral de Preços de Mercado da Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo IPCA/IBGE - acumulado nos 12 (doze) meses anteriores ao mês da renovação. Nos casos de seguro com vigência menor ou igual a um ano não haverá atualização de valores.

13. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 13.1 Para fins deste seguro, o custeio será “não contributivo”, ou seja, os Segurados não pagam prêmio, cabendo o pagamento ao Estipulante e/ou Subestipulante.
- 13.2 Os prêmios poderão ser quitados de forma única ou fracionada, sendo sua periodicidade e critérios de custeio definidos 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 Em caso de falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio subsequente à primeira, a Seguradora enviará notificação ao Estipulante/Segurado, concedendo o prazo de 15 (quinze) dias para a regularização do débito (purgação da mora).
- 13.6 Caso o pagamento não seja efetuado dentro do prazo de 15 (quinze) dias concedido na notificação, a Seguradora poderá suspender a cobertura do seguro a partir do dia seguinte ao término desse prazo, permanecendo suspensa até a regularização do pagamento.
- 13.7 Persistindo a inadimplência, o contrato será cancelado de pleno direito somente após decorridos 90 (noventa) dias contados da data da última notificação encaminhada ao Estipulante.
- 13.8 Durante o período de suspensão da cobertura até a efetiva resolução do contrato, não haverá cobertura para sinistros ocorridos, sem prejuízo do direito da Seguradora de cobrar os prêmios devidos relativos ao período de cobertura anterior à suspensão.
- 13.9 Se houver atraso no 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 14.

13.10 Para os casos de fracionamento de prêmio em periodicidade diferente de mensal, se for configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes a primeira, será adotada a nova vigência ajustada de acordo com a tabela abaixo e, em caso de não regularização dos prêmios, o posterior cancelamento automático.

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL	RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

13.11 A seguradora informará ao Estipulante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme tabela acima. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência original da cobertura, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido, 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.

13.12 No caso de fracionamento de prêmio diferente da periodicidade mensal, 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 a sua vigência, sendo que não haverá cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.

13.13 Os prêmios deverão ser pagos pelo Estipulante em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito ou débito em conta corrente conforme definido no contrato. Em caso de opção por débito em conta, ocorrendo a insuficiência de saldo na conta bancária indicada pelo Estipulante, nos respectivos vencimentos, ficará caracterizado o não pagamento do prêmio para todos os efeitos.

Gente Seguradora S.A.

Rua Marechal Floriano Peixoto, 450 | Centro Histórico | Porto Alegre - RS
CEP 90020 060 | Fone (51) 3023.8888 | Ouvidoria 0800 607 0888
genteseguradora.com

13.13.1 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.

13.14 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.

13.15 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.

13.16 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.

13.17 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.

13.18 Os tributos serão pagos por quem a legislação determinar.

13.19 Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao beneficiário, ao Estipulante e/ou Sub Estipulante.

13.20 Quando o Estipulante e/ou Sub Estipulante fazer jus a qualquer remuneração, inclusive a título de pró-labore, seu valor será estabelecido no contrato.

13.21 O prêmio é devido a partir do momento em que a seguradora assume o risco, conforme previsto na apólice.

14. PRAZO DE TOLERÂNCIA DO SEGURO

14.1 O prazo de tolerância previsto neste item se aplica apenas nos casos de pagamentos de prêmios na periodicidade mensal.

14.2 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

Gente Seguradora S.A.

Rua Marechal Floriano Peixoto, 450 | Centro Histórico | Porto Alegre - RS
CEP 90020 060 | Fone (51) 3023.8888 | Ouvidoria 0800 607 0888
genteseguradora.com

efetuado o pagamento do prêmio em atraso, contados a partir do primeiro dia subsequente ao respectivo vencimento.

- 14.3 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).
- 14.4 Sobre o prêmio quitado em atraso, incidirão juros de mora e atualização monetária conforme previsto no item 13.

15. CANCELAMENTO DO SEGURO

- 15.1 Constatada a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal (subsequente à primeira), a Seguradora notificará o Segurado ou o Estipulante, por meio idôneo que comprove o recebimento, informando sobre o débito e o risco de suspensão da cobertura.

“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”.

- 15.2 A notificação concederá um prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de seu recebimento, para a regularização do pagamento do prêmio em atraso
- 15.3 Caso o pagamento não seja efetuado dentro do prazo estipulado no item anterior, a vigência de todas as garantias do seguro será suspensa a partir do dia seguinte ao término do prazo concedido. A Seguradora não se responsabilizará por sinistros ocorridos durante o período de suspensão.
- 15.4 O seguro poderá ser reabilitado a qualquer momento antes do seu cancelamento. A reabilitação ocorrerá mediante o pagamento da parcela em atraso, e as garantias voltarão a vigor a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da regularização. É vedada a cobrança de prêmio referente ao período em que a cobertura esteve suspensa.
- 15.5 Caso o prêmio do seguro não seja pago no prazo estabelecido, a cobertura será suspensa após a comunicação formal ao estipulante. Se, após a suspensão, o pagamento não for regularizado, o contrato poderá ser cancelado somente após decorridos 90 (noventa) dias, contados da última notificação enviada ao estipulante, independentemente de nova comunicação. Durante esse período, o segurado poderá quitar os valores em atraso para restabelecer a cobertura, conforme condições previstas neste contrato.
- 15.6 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

16. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 16.1 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.
- 16.2 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, sem culpa do segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato.
- 16.3 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.
- 16.4 O cancelamento só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.
- 16.5 Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída, corrigida pela variação do IPCA/IBGE “pro-rata-tempore” até a data do efetivo pagamento.
- 16.6 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 (MO) ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) ou Invalidez Permanente Total em Decorrência de Doença Profissional (IPTDP);
 - 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.
- 16.7 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.

17. Perda do Direito a Indenização

- 17.1 O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, caso haja por parte do(s) mesmo(s), seus representantes legais, correto 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.
- 17.2 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.
- 17.3 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.
- 17.4 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.
- 17.5 A Seguradora, em até 30 (trinta) 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.
- 17.6 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 IPCA /IBGE “pró-rata tempore” até a data do efetivo pagamento.
- 17.7 Nas hipóteses de agravamento do risco, O segurado perderá o direito à indenização, total ou parcial, e poderá ter o contrato cancelado quando, por ação ou omissão dolosa ou culposa, ocorrer agravamento intencional do risco não comunicado, culpa na fase pós-sinistro que resulte em prejuízo à regulação, alteração dolosa do local ou dos vestígios do sinistro, provocação intencional do sinistro, fraude durante a regulação, ausência de declaração do interesse segurável em seguro de terceiro ou descumprimento doloso do dever de cooperação. Tais condutas configuram nulidade ou perda do direito à indenização, podendo implicar o cancelamento do seguro, sem prejuízo das demais sanções nestas Condições Gerais:
- 17.8 A não observância da obrigação de declarar o interesse segurável sobre a vida e/ou integridade física de terceiro no ato da contratação do seguro, conforme previsto no item 9.18 destas Condições Gerais, resultará na perda do direito a qualquer indenização e no cancelamento do seguro, por configurar nulidade do contrato em relação à cobertura do terceiro.

18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 18.1 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. As providências ou atos que a Seguradora praticar não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagamento de qualquer indenização.
- 18.2 Para efeito de cálculo de indenização, será considerado o capital segurado global vigente na data de ocorrência do sinistro, conforme descrito no item 3 destas Condições Gerais.

- 18.3 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.
- 18.4 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.
- 18.5 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.
- 18.6 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 **Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo**, (IPCA / IBGE), 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.
- 18.7 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.
- 18.7.1 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.
- 18.7.2 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.
- 18.7.3 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.
- 18.8 A aposentadoria por invalidez concedida ao segurado por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.
- 18.9 A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

- 18.10 Se houver algum impedimento legal ou físico para o recebimento da indenização, a Seguradora poderá exigir curatela ou alvará ou outro documento comprobatório necessário.
- 18.11 Após os prazos previstos nos itens 14 e 15 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 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”.

- 18.12 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.
- 18.13 Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação dos sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.
- 18.14 Os prazos prescricionais são aqueles determinados por lei.
- 18.15 A ocorrência de sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

18.15.1 Em caso de Morte (MO):

- 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).

18.15.1.1 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).

Gente Seguradora S.A.

Rua Marechal Floriano Peixoto, 450 | Centro Histórico | Porto Alegre - RS
CEP 90020 060 | Fone (51) 3023.8888 | Ouvidoria 0800 607 0888
genteseguradora.com

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.

18.15.2 Em caso de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA):

- 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.

18.15.2.1 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 18.15.1.1 Documentos do(s) Beneficiário(s).

18.15.3 Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):

- 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) Certidão de Nascimento e/ou casamento, 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).

18.15.4 Em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD):

- 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 autonômicas 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).

18.15.5 Em caso de Invalidez Total em Decorrência de Doença Profissional (IPTDP):

- a) Aviso de Sinistro;
- b) Relatório médico informando o(s) diagnóstico(s) da(s) doença(s) profissional, com sua(s) data(s), tratamento realizado, prescrições futuras, se foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o caso e a data da caracterização da invalidez como total e definitiva;
- c) Exames comprobatórios do diagnóstico, para posterior devolução;
- d) Carta de Concessão de Auxílio-Doença ou de Aposentadoria, expedidas pelo INSS, caso existam
- e) Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;

- f) Cópias do RG. (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovante de residência do Segurado;
- g) Quando o vínculo for empregatício: Cópia da Ficha de Registro do empregado;
- h) Quando o vínculo for de prestação de serviços: Cópia do Contrato;
- i) Cópia dos 03 (três) últimos comprovantes de salário, quando o vínculo for empregatício;
- j) Cópia dos 03 (três) últimos demonstrativos de pagamentos ou nota fiscal, quando o vínculo for de prestação de serviços.

18.15.5.1 A Invalidez Permanente Total por Doença Profissional deve ser comprovada por relatório médico detalhado pelo médico-assistente do Segurado justificando seu estado de invalidez, acompanhado dos laudos e resultados de exames clínicos e laboratoriais a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.

18.15.5.2 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, precede a avaliação sinistro, mas não caracteriza, por si só, a Invalidez Permanente Total por Doença Profissional.

18.15.5.3 A partir da entrega de toda a documentação exigível, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

18.15.5.4 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

18.15.5.5 A documentação listada acima não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

18.15.6 Em caso de Verbas Rescisórias (VR):

Para o recebimento da Indenização, deverá ser comprovada satisfatoriamente a ocorrência do evento, bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas, facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do fato.

As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora. A partir da entrega de toda a documentação exigível, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

- a) Aviso de Sinistro;
- b) Certidão de Óbito;
- c) Documentos pessoais do segurado: R.G ou RNE, CPF, comprovante de residência e telefone;
- d) Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;

Gente Seguradora S.A.

Rua Marechal Floriano Peixoto, 450 | Centro Histórico | Porto Alegre - RS
CEP 90020 060 | Fone (51) 3023.8888 | Ouvidoria 0800 607 0888
genteseguradora.com

- e) Declaração do Médico Assistente, indicando causa morte, com firma reconhecida;
- f) Ficha de Registro de Empregado Atualizada e comprovante de pagamento de salário dos últimos 3 meses (se seguro com vínculo empregatício);
- g) Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico (em caso de acidente);
- h) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (se houver acidente de trânsito e se o Segurado for condutor do veículo acidentado);
- i) Cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho, cópia do Termo Circunstanciado ou do Boletim de Ocorrência Policial (em caso de acidente);

A documentação listada acima não é restritiva. A Seguradora poderá, no caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outros documentos que se façam necessários, durante o processo de análise do sinistro, para sua completa liquidação.

18.15.7 Em caso Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO):

- a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- b) Relatório do médico assistente, comprovando o tratamento, anexando os exames realizados pelo Segurado e indicando a data do evento;
- c) Cópias autenticadas dos comprovantes originais das despesas médicas, hospitalares e odontológicas;
- d) Formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida;
- e) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;

18.15.8 Em caso de Auxílio Alimentação em caso de Morte (AAMO):

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- b) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;
- c) cópia autenticada da Certidão de óbito do segurado;
- d) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o Segurado, com firma reconhecida;
- e) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
- f) cópia do comprovante de residência nominal ao segurado e beneficiários;
- g) dados bancários completos em nome dos beneficiários.

18.15.9 Em caso de Auxílio Funeral (AF):

- a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;
- b) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do beneficiário;
- c) cópia autenticada da Certidão de óbito do segurado;

- d) formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu ao Segurado, com firma reconhecida;
- e) nota fiscal original e respectivo recibo de pagamento;
- f) cópia autenticada da certidão de nascimento ou casamento do segurado;
- g) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, quando for o caso;
- h) cópia do comprovante de residência nominal ao segurado e beneficiários;
- i) laudo de necropsia;
- j) Laudo de exame alcoólico / toxicológico.
- k) cópia da nota fiscal comprovando a despesa com funeral limitado à importância segurada da apólice contratada.

18.15.10 Honorários – Tabela de Honorários):

a) Indenizações em virtude de sentença judicial cível transitada em julgado ou de acordo autorizado previamente e de modo expresso pela Seguradora, mediante comprovação dos danos involuntários, corporais e materiais causados a terceiros, desde que as referidas coberturas tenham sido contratadas de forma distinta e expressa, mediante respectivo pagamento de prêmio;

b) Indenizações em virtude de sentença judicial cível transitada em julgado ou de acordo autorizado previamente e de modo expresso pela Seguradora, mediante comprovação dos danos involuntários, corporais e materiais causados a terceiros, desde que as referidas coberturas tenham sido contratadas de forma distinta e expressa, mediante respectivo pagamento de prêmio, exceto às pessoas transportadas pelo próprio veículo segurado;

Valor em Risco	Percentual	Honorários Mínimos
Até R\$ 10.000,00	15%	Um salário-mínimo vigente
De R\$ 10.001,00 até R\$ 20.000,00	10%	R\$ 1.500,00
De R\$ 20.001,00 até R\$ 40.000,00	8%	R\$ 2.000,00
De R\$ 40.001,00 até R\$ 60.000,00	7%	R\$ 3.000,00
De R\$ 60.001,00 até R\$ 80.000,00	6%	Sem valor mínimo
Acima de R\$ 80.001,00	5%	Sem valor mínimo

19 FORMAS DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

19.1 As indenizações deste Plano de Seguro serão pagas sob a forma de pagamento único, em consonância com o previsto no item 11 destas Condições Gerais, em relação à forma de apuração do capital segurado individual. 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. Neste caso, o capital Segurado será automaticamente reintegrado. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

20 BENEFICIÁRIOS

- 20.1 É facultado ao Segurado indicar ou substituir o(s) Beneficiário(s). Os beneficiários serão designados pelo segurado, a qualquer tempo, por escrito, ressalvadas as restrições legais.
- 20.2 Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.
- 20.3 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.
- 20.4 A seguradora não sendo informada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.
- 20.5 No caso de beneficiário menor de idade, o pagamento da indenização observará o disposto na lei.
- 20.6 É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 20.7 Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, mediante comunicação expressa à seguradora.
- 20.8 Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de beneficiário(s) feita pelo segurado, desde que recebida pela seguradora no mês de competência da assinatura.
- 20.9 No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, o próprio segurado será o beneficiário. E no caso de morte do dependente, incluído de forma automática, o beneficiário será o segurado principal.

20.10 Natureza Jurídica do Capital Segurado Para todos os fins de direito, o capital segurado devido em razão da morte do segurado não é considerado herança e não está sujeito às dívidas do falecido, sendo pago diretamente ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na apólice.

21 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

21.1 Constituem obrigações do Estipulante:

- 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) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- e) 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;
- f) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- g) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- h) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- i) 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;
- j) 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.
- k) O estipulante declarará, no ato do preenchimento e assinatura da proposta de contratação, que tomou conhecimento prévio destas condições gerais do seguro, estando de pleno acordo com as mesmas.
- l) Prestar assistência ao segurado e seus beneficiários em todas as fases do contrato, orientando-os sobre seus direitos e deveres.

Gente Seguradora S.A.

Rua Marechal Floriano Peixoto, 450 | Centro Histórico | Porto Alegre - RS
CEP 90020 060 | Fone (51) 3023.8888 | Ouvidoria 0800 607 0888
genteseguradora.com

21.2 Além das obrigações listadas, o Estipulante, na qualidade de representante dos segurados perante a Seguradora, poderá atuar em nome do segurado ou do beneficiário para exigir o cumprimento de todas as obrigações previstas neste contrato, em favor exclusivo dos mesmos e nos termos da legislação aplicável.

21.3 O Estipulante declara e garante que a formação do grupo de Segurados está baseada em um vínculo lícito e pré-existente à contratação do seguro, que não possui natureza ou finalidade estritamente securitária. Este vínculo deve decorrer de relação legal, estatutária, empregatícia ou de afinidade demonstrável. O Estipulante deve manter o cadastro que comprove a existência e manutenção desse vínculo não securitário.

22 OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

22.1 Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas Condições Contratuais, são obrigações e responsabilidades da Seguradora:

- a) Pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessários para complementação do processo, voltando a correr, a partir de sua entrega, o prazo para regulação do sinistro;
- b) Informar por escrito ao Segurado o não-pagamento da fatura por parte do Estipulante, se couber.
- c) Emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo Estipulante, se couber;
- d) Cumprir todas as cláusulas da presente Apólice.
- e) Recolher integralmente os impostos correspondentes ao seguro, conforme legislação em vigor.
- f) Constituir todas as reservas técnicas e provisões necessárias para a manutenção do equilíbrio financeiro e atuarial da Apólice.
- g) Prestar ao Estipulante e ao Subestipulante e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro. Emitir apólice, cujas notas técnicas e condições do seguro devem estar depositadas ou aprovadas pela SUSEP, observando todas as normas legais e regulatórias aplicáveis.
- h) A Seguradora se responsabiliza integralmente pelas omissões de seus representantes, prepostos e corretores de seguros no exercício de suas funções, que a vincularão para todos os fins e efeitos deste contrato, nos termos da legislação vigente.

23 FORO

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
P A R C I A L 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
P A R C I A L 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

Gente Seguradora S.A.

Rua Marechal Floriano Peixoto, 450 | Centro Histórico | Porto Alegre - RS
 CEP 90020 060 | Fone (51) 3023.8888 | Ouvidoria 0800 607 0888
genteseguradora.com

Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente		
INVALIDEZ PERMANENTE	Discriminação	% sobre importância segurada
	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 quadris	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:	0
	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.	

Gente Seguradora S.A.

Rua Marechal Floriano Peixoto, 450 | Centro Histórico | Porto Alegre - RS

CEP 90020 060 | Fone (51) 3023.8888 | Ouvidoria 0800 607 0888

genteseguradora.com

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS		
ATRIBUTOS	ESCALA	PONTOS
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
	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
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	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
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.	0
	2º GRAU:	10

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS		
ATRIBUTOS	ESCALA	PONTOS
	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).	
	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 HOVE RECIDIVA, 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 REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.		8