



CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

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:

 **SAC:** 0800 602 0088

 **E-mail:** sac@genteseguradora.com.br

 **Ouvidoria:** 0800 607 0888 | **WhatsApp:** (51) 99993 - 1300

 **Chat:** www.genteseguradora.com.br

Obrigada por ter escolhido nosso produto. A **gente seguradora** agradece a sua confiança e credibilidade.

CONDIÇÕES GERAIS
PLANO DE SEGURO DE PESSOAS COLETIVO
Processo SUSEP nº 15414.613745/2021-81

1. OBJETIVO DO SEGURO	4
2. DEFINIÇÕES	4
3. GARANTIAS	10
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	11
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO	14
6. FRANQUIAS E CARÊNCIAS	14
7. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO	15
8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADEÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS.....	16
9. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DE SEGURO	19
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	20
11. CAPITAL SEGURADO	21
12. CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS.....	21
13. REVISÃO E ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	54
14. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	55
15. CUSTEIO DO SEGURO E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS	56
16. SUSPENSÃO, REABILITAÇÃO E CANCELAMENTO DAS GARANTIAS DA INADIMPLÊNCIA DO PRÊMIO MENSAL	60
17. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	61
18. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA.....	62
19. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	63
20. PERÍCIA OU JUNTA MÉDICA.....	65
21. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	65
22. REINTEGRAÇÃO	68
23. BENEFICIÁRIOS.....	68
24. TAXA DO SEGURO, RECÁLCULO DO PRÊMIO E REENQUADRAMENTO	69
25. ALTERAÇÕES NO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	70
26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	71
27. PRESCRIÇÃO	71
28. FORO.....	71
29. TRIBUTOS.....	71
30. DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS	72
31. CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICOS.....	72

1. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital ao próprio segurado, ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), até o limite do respectivo Capital Segurado, caso ocorra algum dos Eventos Cobertos previstos na Apólice, os quais foram contratados pelo Estipulante, e indicados na Proposta de Contratação, no Contrato e no Certificado Individual, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.

1.1 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.

1.2 Comunicação e Prazos

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

c) A seguradora terá 15 (quinze) dias para se manifestar, podendo aceitar ou resolver o contrato.

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

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou invalidez permanente, total ou parcial, do segurado ou que torne necessário tratamento médico, observando que:

2.1.1. Incluem-se nesse conceito:

a) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada 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) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.2. 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 microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças 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 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;
- d)** As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.

2.2. Apólice: documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade seguradora e do segurado e discriminando as garantias contratadas.

2.3. Autônomo/Profissionais Liberais: são aqueles que recebem pagamentos por prestação de serviços sem qualquer vínculo empregatício, sendo esta a forma principal de seus rendimentos.

2.4. Auxílio Funeral: este seguro poderá prever, desde que expressamente contratado e indicado no Certificado do Seguro, a cobertura de Assistência Funeral, limitada ao Capital Segurado contratado. Em caso de utilização da Assistência Funeral, o serviço deverá ser solicitado, 24 (vinte e quatro) horas por dia, por meio dos telefones informados no Certificado do Seguro. A Assistência Funeral não é cumulativa com o reembolso de despesas funerárias. Dessa forma, caso o serviço seja utilizado, não haverá direito ao reembolso das despesas. Por outro lado, se a Assistência Funeral não for acionada e o evento estiver coberto pelo seguro, as despesas funerárias poderão ser reembolsadas, mediante a apresentação das notas fiscais originais, até o limite do Capital Segurado ou do valor estabelecido no Certificado do Seguro para a cobertura contratada.

2.5. Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

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

2.7. Boa Fé: é a intenção pura, isenta de dolo ou engano, com que a pessoa realiza o negócio ou executa o ato, certa de que está agindo na conformidade de direito e, conseqüentemente, protegida pelos preceitos legais, É o princípio básico de qualquer contrato, principalmente do contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas.

2.8. CAT: Comunicação de acidente de trabalho.

2.9. Capital Segurado: pagamento a ser efetuado ao assistido ou beneficiário, sob a forma de pagamento único ou de renda.

2.10. Carência: período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, do aumento do Capital Segurado ou da recondução depois de suspenso, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às garantias contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A Carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as garantias ou algumas delas, exceto as de acidente pessoal.

2.11. Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização do plano.

2.12. Certificado Individual: o documento destinado ao Segurado, emitido quando da aceitação, renovação ou alteração no seguro, que indica a vigência do Seguro, a(s) cobertura(s) contratada(s), o(s) valor(es) do(s) Capital(ais) Segurado(s) e o prêmio contratado.

2.13. Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

2.14. Condições Especiais: é o conjunto das disposições específicas relativas a cada modalidade e/ou cobertura de um plano de seguro, que eventualmente alteram as Condições Gerais.

2.15. Condições Gerais: é o conjunto das cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou garantias de um plano de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos das partes contratantes.

2.16. Condições Particulares: conjunto de cláusulas contratuais que obrigam e dão direito tanto ao segurado quanto ao segurador. Estas cláusulas dizem respeito à diversidade de coberturas que existem dentro de um mesmo ramo de seguro.

2.17. Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que tem por objetivo estabelecer as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixar os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados, dos assistidos e dos beneficiários.

2.18. Corretor: é a pessoa física ou jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros.

2.19. Declaração Pessoal de Saúde: é a declaração, constante da Proposta de Adesão, que o Proponente a Segurado terá que preencher, de próprio punho, na qual presta informações sobre as suas condições de saúde para análise de aceitação do seguro pela Seguradora.

2.20. Doenças, Lesões e Sequelas Preexistentes: são sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro, que seja do conhecimento do Segurado e/ou Estipulante e não declarado na Proposta de Adesão.

2.21. Endosso: documento, emitido pela seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o segurado.

2.22. 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.

2.23. Evento Coberto: é o acontecimento futuro e de data incerta, previsto nas garantias do seguro inclusas na Apólice, ocorrido durante sua Vigência e não excluído nas Condições Gerais, nas condições de cada garantia e do Contrato, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

2.24. Excedente Técnico: é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

2.25. Franquia: quantia fixa, definida na apólice, que, em caso de sinistro, representa a parte do prejuízo apurado que poderá deixar de ser paga pela Seguradora, dependendo das disposições do contrato.

2.26. Garantias: as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

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

2.28. 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.

2.29. Indenização: é o valor que a sociedade seguradora deve pagar ao segurado ou Beneficiário em caso de sinistro coberto pelo contrato de seguro.

2.30. Interesse legítimo: para os fins deste contrato, considera-se interesse legítimo o vínculo econômico ou jurídico que o Segurado ou o Beneficiário possua em relação ao bem, à pessoa ou ao direito objeto do seguro. A garantia securitária somente será aplicável enquanto esse interesse subsistir. A inexistência, a extinção ou a perda do interesse legítimo implicará a nulidade ou a resolução do contrato, conforme previsto na legislação vigente.

2.31. Laudo Médico: documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as condições físicas e de saúde do proponente.

2.32. Liquidação de Sinistro: pagamento da indenização (ou reembolso) relativa a um sinistro.

2.33. Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

2.34. Período de Cobertura: é o período durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

2.35. Prêmio: é o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação à(s) garantia(s) contratada(s).

2.36. Proponente: é a pessoa física, componente do Grupo Segurável, que propõe a sua adesão ao Seguro e que passará à condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

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

2.38. Proposta de Contratação: é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, através do qual o Estipulante, manifesta a sua vontade em contratar o seguro em proveito dos componentes do Grupo Segurável, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato.

2.39. Pro-rata Temporis: critério de cálculo de devolução da parte do prêmio devido, em caso de o contrato cessar os seus efeitos antes da data inicialmente prevista para o fim da sua vigência. Com ela se pretende dizer que o valor de prêmio a devolver é proporcional ao período de tempo pelo qual o contrato deixou de estar em vigor, tendo em consideração o prazo inicialmente contratado.

2.40. Regime Financeiro de Repartição Simples: todos os prêmios pagos pelos segurados em determinado período forma um fundo que se destina ao custeio de indenizações a serem pagas por todos os sinistros ocorridos no próprio período (e às demais despesas da seguradora).

2.41. Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Condições Especiais, que não serão cobertos por esta Apólice.

2.42. Segurado Principal: é a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante, regularmente incluída e aceita no seguro.

2.43. Segurados Dependentes: são o cônjuge ou a(o) companheira(o) e os filhos do Segurado Principal regularmente incluídos no seguro.

2.43.1. São considerados e/ou equiparados a filhos do Segurado Principal, para fins deste seguro, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:

I. o filho ou o enteado do Segurado Principal, com até 18 (dezoito) anos de idade ou até 24 (vinte e quatro) anos de idade, se universitário, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho.

II. o menor de até 18 (dezoito) anos de idade que seja criado e educado pelo Segurado Principal e do qual este detenha a guarda judicial.

III. o irmão ou o neto do Segurado Principal, sem arrimo dos pais, com até 18 (dezoito) anos de idade, desde que esteja sob sua guarda judicial, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho.

IV. a pessoa incapaz sob tutela ou curatela do Segurado Principal, nos termos da legislação vigente.

2.44. Seguradora: sociedade que, mediante recebimento de prêmio, assume os riscos e garante o pagamento da indenização em caso de ocorrência de sinistro coberto.

2.45. Sinistro: ocorrência de acontecimento previsto no contrato de seguro e que cause prejuízos ao Segurado.

2.46. Vigência: período de tempo fixado para validade do seguro ou cobertura.

3. GARANTIAS

3.1. As coberturas oferecidas por este seguro encontram-se definidas nestas Condições Gerais e serão aplicáveis quando contratadas e expressamente indicadas no contrato de seguro. Este seguro contempla as coberturas básicas de Morte (MO) e Morte Acidental (MA), podendo ainda ser contratadas as coberturas adicionais previstas nestas Condições Gerais, desde que expressamente indicadas no contrato de seguro.

3.2. O seguro só poderá ser efetivado se houver, pelo menos, a contratação da garantia básica.

3.2.1. GARANTIA BÁSICA:

- Morte (MO)
- Morte Acidental (MA)

3.2.2. GARANTIAS ADICIONAIS:

- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPTPA)
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPTD)
- Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO)
- Diárias de Incapacidade Temporária (DIT)
- Diária por Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)
- Doenças Graves (DG)
- Diagnóstico de Cancer (DC)
- Despesas Extraordinárias em Caso de Morte (DEM)
- Despesas Extraordinárias em Caso de Morte Acidental (DEMA)
- Diária por Internação Hospitalar por Acidente (DIHA)
- Diária por Internação Hospitalar (DIH)
- Invalidez Permanente Total em Decorrência de Doença Profissional (IPTDP)

3.2.3. GARANTIAS SUPLEMENTARES:

- Morte Cônjuge (MO CÔNJUGE)
- Morte Acidental do Cônjuge ou Indenização Especial por Morte Acidental (MO CÔNJUGE)
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Cônjuge (IPTPA CÔNJUGE)
- Morte Filhos (MO FILHOS)
- Auxílio Funeral em caso de Morte (AFMO)
- Auxílio Funeral em caso de Morte Acidental (AFMA)

- Auxílio Alimentação em caso de Morte (AAMO)
- Auxílio Alimentação em caso de Morte Acidental (AAMA)
- Auxílio Educação (AE)
- Verbas Rescisórias (VR)
- Doença Congênita de Filhos (DCFI)

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de arma e/ou projétil nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, invasão, hostilidade, rebelião, insurreição de poder militar ou usurpado ou da participação do Segurado em deveres de combate ou exercícios militares com força armada de qualquer país ou organização internacional, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meios de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- d) Inundação, tufões, furacão, ciclone, erupção vulcânica, tempestade, terremoto, maremoto, tsunami, movimento sísmico ou movimentos de terra em geral;**
- e) Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;**
- f) Mutilação, quando não decorrente diretamente de um acidente pessoal;**
- g) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um e de outro. Se o Segurado for pessoa jurídica, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes legais. Por atos dolosos entende-se inclusive a direção de veículos automotores e aeronaves sem a devida habilitação legal;**

- h) Lesões por esforço repetitivo (L.E.R.), distúrbio osteo-muscular relacionado ao trabalho (D.O.R.T.), lesão por trauma cumulativos (L.T.C.), ou similares que venham a ser aceitas pela comunidade médica-científica, bem como as consequências após tratamentos clínicos ou cirúrgicos, em qualquer época;**
- i) Doenças, acidentes ou lesões preexistentes, assim entendidos como sinais, sintomas, estados mórbidos, doenças contraídas ou acidentes sofridos pelo Segurado anteriormente à adesão ao seguro, e de seu conhecimento, não declarados na proposta de adesão. A exclusão de cobertura por doenças, acidentes ou lesões preexistentes será aplicável nos seguros em que houver solicitação de preenchimento, escrito ou verbal, da Declaração Pessoal de Saúde (DPS). Na ausência de preenchimento ou de declaração verbal da DPS, não se aplicará a referida exclusão.**
- j) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;**
- k) Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos após o início de Vigência do Contrato de seguro ou de sua recondução depois de suspenso;**
- l) Participação do Segurado em atentados ou rixas (exceto em caso de legítima defesa ou assistência à pessoa em perigo), duelos, crimes ou delitos intencionais;**
- m) Não estarão cobertos os danos e as perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprová-lo com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;**
- n) A prática, por parte do Segurado, de atos contrários à Lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;**
- o) Acidentes ocorridos durante a participação do Segurado em apostas ou rachas, exceto na prática de esportes e nos casos onde o mesmo tenha comunicado tal prática à Seguradora e esta tenha expressamente aceito o risco;**
- p) Danos morais;**

q) A exclusão de cobertura por doenças ou lesões preexistentes prevista neste item somente será aplicável aos contratos em que não houver prazo de carência. Nos contratos em que for estabelecido prazo de carência para a cobertura, a Seguradora, após o seu término, não poderá recusar o pagamento da indenização com fundamento na preexistência da doença ou lesão, salvo se comprovar a má-fé do segurado no momento da contratação. A comprovação da má-fé será de responsabilidade exclusiva da Seguradora e deverá estar fundamentada nas informações prestadas pelo segurado na Declaração Pessoal de Saúde (DPS).

4.2. Em caso de suicídio:

4.2.1. O beneficiário não terá direito ao recebimento do capital segurado quando o falecimento do Segurado decorrer de suicídio ocorrido antes de completados 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro.

4.2.2. Em caso de aumento do capital segurado durante a vigência da apólice, o prazo de carência de 2 (dois) anos será aplicado exclusivamente sobre o valor correspondente ao aumento contratado.

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

4.2.4. Na hipótese de suicídio dentro do prazo de carência aplicável, a Seguradora ficará isenta do pagamento do capital segurado, devendo, contudo, restituir integralmente os prêmios pagos pelo Segurado referentes à cobertura de morte.

4.2.5. A cobertura será devida mesmo durante o prazo de carência caso o suicídio decorra de situação de legítima defesa de terceiro ou de evento que descaracterize o ato voluntário do Segurado, desde que devidamente comprovado.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO

5.1. As coberturas deste Seguro aplicam-se aos Eventos Cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, observadas as disposições destas Condições Gerais.

6. FRANQUIAS E CARÊNCIAS

6.1. Quando forem aplicáveis, as franquias e/ou carências estarão fixadas no contrato.

6.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

6.3. O prazo máximo de carência será de 2 (dois) anos, não podendo exceder metade do prazo de vigência do seguro.

6.4. Não serão estipulados novos prazos de carência nos casos de renovação da apólice.

6.5. 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.

6.6. 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, sendo tal comprovação de responsabilidade exclusiva da Seguradora e baseada nas informações prestadas pelo segurado na Declaração Pessoal de Saúde (DPS).

6.7. As carências e franquias aplicáveis a cada cobertura estão localizadas, de forma expressa e individualizada, nas respectivas seções de Coberturas desta Condição Geral.

7. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

7.1. A proposta de contratação, assinada obrigatoriamente pelo Estipulante, deverá ser entregue à Seguradora.

7.2. As Condições Gerais completas e as condições das garantias contratadas deverão estar à disposição do Estipulante, quando da apresentação da proposta de contratação.

7.3. A Seguradora terá um prazo de 25 (vinte e cinco) dias, contados a partir da data do recebimento da proposta de contratação, para aceitá-la ou recusá-la. Vencido o prazo de 25 (vinte e cinco) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.

7.4. A Seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação da proposta de contratação. 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 complementar.

7.5. A não aceitação da proposta de contratação, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de prêmio eventualmente efetuado no prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias corridos, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo índice estabelecido no plano de seguro.

7.6. Na contratação do seguro que cubra a vida e/ou a integridade física de terceiro, o proponente ou estipulante, conforme o caso, deverá declarar expressamente na proposta de adesão ou proposta de contratação o interesse segurável sobre a vida e incolumidade do segurado, conforme exigido pela legislação em vigor.

7.7. 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.

7.8. O segurado deverá prestar informações completas e verdadeiras na proposta de contratação e na Declaração Pessoal de Saúde (DPS), em observância ao dever de boa-fé. A omissão ou inexatidão de informações poderá acarretar, em caso de dolo, a perda do direito à garantia e a possibilidade de anulação do contrato; e, em caso de culpa, a redução proporcional da indenização e, quando inviabilizada a execução do contrato, sua resolução, sem restituição do prêmio, salvo disposição legal em contrário. A comprovação do dolo ou da culpa será de responsabilidade exclusiva da Seguradora, com base nas informações prestadas pelo Segurado.

8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

8.1. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do Grupo Segurado mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão, no caso de contratação através de meios remotos deve ser observada a legislação vigente e a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

8.2. Poderão ser incluídos no seguro os proponentes que se encontrem em boas condições de saúde e em plena atividade profissional.

8.3. Na ausência de Declaração Pessoal de Saúde, a aplicação de exclusões por doenças ou lesões preexistentes dependerá de comprovação de que o segurado tinha conhecimento da condição e agiu de má-fé ao aderir ao seguro.

8.4. A idade do segurado, na data de contratação ou renovação do seguro, não poderá ser superior a idade máxima estabelecida no contrato.

8.5. O descumprimento das condições previstas nos itens 8.2 e 8.4 poderá resultar na perda da condição de segurado, observadas as demais disposições destas Condições Gerais.

8.6. Para menores de 14 (quatorze) anos, é permitido exclusivamente o oferecimento de coberturas estruturadas na forma de reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.

8.7. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na Proposta de Adesão ao seguro, a Seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

8.8. A Seguradora terá um prazo de 25 (vinte e cinco) dias para manifestar-se sobre a Proposta de Adesão, seja para seguros novos ou renovações, bem como alterações que impliquem modificação do risco.

8.9. A Seguradora poderá solicitar uma única vez documentos complementares para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo de aceitação, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

8.10. O pagamento antecipado do Prêmio do seguro, não caracteriza a aceitação da Proposta de Adesão, devendo-se observar o disposto no item 8.8. destas Condições Gerais.

8.11. A ausência de manifestação por escrito da Seguradora no prazo de 25 (vinte e cinco) dias caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Adesão.

8.12. Em caso de recusa do risco, havendo adiantamento de valores para pagamento de prêmio, tais valores serão restituídos ao proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da formalização da recusa, integralmente ou deduzidos da parcela correspondente ao período em que tenha havido cobertura, calculada de forma pro rata temporis. Os valores a serem restituídos serão atualizados pela variação do índice previsto no plano, desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução, observando-se o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a conclusão do processo de restituição. Durante o período compreendido entre o recebimento da proposta com adiantamento de prêmio e a formalização da recusa, haverá cobertura securitária, conforme condições do produto.

8.13. Se a Seguradora recusar a Proposta de Adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada ao estipulante ou por intermédio do Corretor, informando os motivos da não aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento pelo Corretor valerá como data de recusa da Proposta de Adesão.

8.14. A análise e aceitação do risco individual basear-se-á em critérios técnicos adotados pela Seguradora, que reserva a si o direito de aceitar ou não a Proposta de Adesão apresentada.

8.15. As Condições Gerais completas e as condições das garantias contratadas deverão estar à disposição dos Segurados, quando da apresentação da Proposta de Adesão.

8.16. No início do contrato e a cada renovação a Seguradora entregará ao Segurado Certificado Individual comprovando a aceitação, contendo os elementos mínimos estabelecidos conforme legislação vigente.

8.17. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de aceitação da Proposta de Adesão, informação ao Proponente ou ao Segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

8.18. A inclusão dos componentes principais e dependentes no seguro ocorrerá por adesão ao contrato, conforme indicado na proposta de contratação e nas Condições Contratuais, podendo ocorrer nas seguintes modalidades:

a) Automática: quando todos os componentes principais do grupo segurável forem incluídos no seguro, conforme critério de elegibilidade estabelecido nas Condições Contratuais.

b) Facultativa: quando a inclusão dos componentes principais ocorrer de forma individualizada, mediante indicação expressa na proposta de contratação.

8.19. Quando ambos os cônjuges forem segurados principais do mesmo grupo segurado, os filhos e os demais componentes dependentes do casal poderão ser incluídos apenas uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado.

8.19.1. Cláusula Suplementar de Cônjuge/Companheiro(a)

a) Automática: abrangendo os cônjuges ou companheiros(as) dos Componentes Principais regularmente reconhecidos no grupo segurável.

b) Facultativa: abrangendo os cônjuges ou companheiros(as) dos Componentes Principais indicados para inclusão na proposta de contratação.

8.19.2. Cláusula Suplementar de Filhos(a)s

a) Automática: abrangendo os filhos e demais dependentes dos Componentes Principais e/ou de seus cônjuges ou companheiros(as), com idade de até 21 (vinte e um) anos, conforme regras de elegibilidade do grupo segurável.

b) Facultativa: abrangendo os filhos e demais dependentes dos Componentes Principais e/ou de seus cônjuges ou companheiros(as), com idade de até 21 (vinte e um) anos, desde que indicados para inclusão na proposta de contratação.

8.20. É vedada a contratação do seguro através de procuração.

9. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DE SEGURO

9.1. A atualização dos valores dos Capitais Segurados e prêmios relativos a este Seguro será feita anualmente, pelo Índice de atualização do Plano de Seguro estabelecido no contrato, tomando-se por base, nas datas anuais de reajuste, a variação anual acumulada deste índice que será aplicado.

9.1.1. Índice de atualização do Plano de Seguro

O índice pactuado para a atualização de valores relativos às operações de seguros será estabelecido no contrato em consonância com as seguintes opções:

- Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE;
- Índice Geral de Preços para o Mercado/ Fundação Getúlio Vargas - IGPM/FGV;
- Índice Geral de Preços ao Consumidor/ Fundação Getúlio Vargas - IPC/FGV.

Parágrafo único. No caso de extinção do índice pactuado, será utilizado índice substituto convencionado no ato da contratação, dentre aqueles previstos acima.

9.2. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP.

9.3. Para os seguros de prazo de até 12 (doze) meses não haverá atualização de valores.

9.4. O contrato poderá estabelecer ainda que, no caso de Capital Segurado múltiplo salarial, o valor do Capital Segurado e dos Prêmios poderão ser alterados segundo a variação do salário ou provento do Segurado Principal.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

10.1. A apólice terá vigência de até 5 (cinco) anos, podendo ser renovada automaticamente uma única vez por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora manifestarem sua discordância, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência, ou na ocorrência de qualquer das hipóteses de cancelamento previstas nestas Condições Gerais ou nas condições das coberturas contratadas.

10.1.1. Após a renovação automática prevista no item 10.1, as renovações posteriores dependerão de manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora. A renovação somente poderá ser realizada desde que não implique ônus ou dever adicional aos Segurados, nem redução de seus direitos.

10.2 Vigência da Apólice

10.2.1. O início de vigência da apólice se dará na data expressa no Contrato ou na Proposta de Contratação, salvo se a Proposta de Contratação tenha sido recepcionada com adiantamento de valor para futuro pagamento de Prêmio, total ou parcial, hipótese em que a vigência iniciará às 24 horas da data de recepção da Proposta de Contratação.

10.2.2. A Seguradora não poderá rescindir unilateralmente o contrato durante sua vigência, exceto nas hipóteses previstas na legislação aplicável ou nestas Condições Gerais, observado o devido processo de comunicação ao Estipulante e ao Segurado, quando aplicável.

10.2.3. Antes da contratação, a Seguradora disponibilizará ao proponente o inteiro teor das Condições Contratuais, redigidas em língua portuguesa, em suporte duradouro, com redação clara e objetiva, destacando as cláusulas relativas às exclusões de cobertura, obrigações das partes e restrições de direitos, conforme a legislação vigente.

10.2.4. As apólices, os certificados e os endossos terão início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas neles indicadas e expressamente acordadas entre as partes.

11. CAPITAL SEGUADO

11.1. A data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, será aquela definida nas disposições específicas de cada cobertura previstas nestas Condições Gerais.

11.2. O capital segurado poderá ser escolhido pelo Proponente e/ou pelo Estipulante, conforme determinar o contrato.

11.3. O capital segurado estabelecido para cada garantia constará no Certificado Individual do Segurado.

11.4. O capital segurado dos segurados dependentes em quaisquer garantias contratadas não poderá em hipótese alguma ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal.

11.5. 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 do evento estabelecida na respectiva cobertura prevista nestas Condições Gerais.

12. CONDIÇÕES ESPECIAIS DAS COBERTURAS

12.1. COBERTURA BÁSICA DE MORTE (MO)

12.1.1. Esta cobertura garante o pagamento do Capital Segurado contratado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais, ocorrida durante a vigência da cobertura, observadas as disposições destas Condições Gerais e desde que o evento não se enquadre nos riscos excluídos.

12.1.2. Para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, mediante apresentação dos respectivos comprovantes, observado o limite do Capital Segurado contratado.

12.1.3. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data do falecimento do Segurado, comprovada por Certidão de Óbito.

12.1.4. Não haverá aplicação de franquia nesta cobertura.

12.1.5. Quando aplicável, o prazo de carência estará definido no Contrato. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais. Para morte decorrente de suicídio ou tentativa de suicídio voluntária e premeditada, será aplicada carência de 2 (dois) anos, conforme legislação vigente.

12.1.6. Documentação para Regulação do Sinistro

Além da documentação prevista nas Condições Gerais, a Seguradora poderá solicitar, quando aplicável à natureza do evento, documentos específicos para a adequada regulação do sinistro, tais como:

- a)** Certidão de Óbito;
- b)** documentos de identificação do Segurado;
- c)** documentos de identificação dos Beneficiários;
- d)** documentos médicos, hospitalares ou policiais relacionados ao evento.

12.2. COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE (AFMO)

12.2.1. Esta cobertura garante o pagamento de indenização ou o reembolso das despesas relacionadas ao funeral do Segurado, em caso de morte decorrente de causas naturais ou acidentais, ocorrida durante a vigência da cobertura, conforme contratado e observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.2.2. O valor contratado para esta cobertura será destinado exclusivamente ao custeio das despesas funerárias, mediante comprovação das despesas realizadas, não estando cobertas despesas relacionadas à aquisição de terrenos ou jazigos.

12.2.3. Para fins de determinação do valor aplicável, considera-se como data do evento a data do falecimento do Segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

12.2.4. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

12.2.5. Quando aplicável, o prazo de carência estará definido no Contrato. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais. O prazo máximo de carência será de 2 (dois) anos, observado o limite de metade do prazo de vigência da cobertura.

12.2.6. Será aplicada carência de 2 (dois) anos para eventos decorrentes de suicídio ou tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independentemente do estado de saúde mental do Segurado, conforme legislação aplicável.

12.2.7. Documentação para Regulação do Sinistro

Além da documentação prevista nas Condições Gerais, a Seguradora poderá solicitar, quando aplicável à natureza do evento, documentos específicos para a adequada regulação do sinistro, tais como:

- 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)** cópia autenticada da certidão de nascimento ou casamento do segurado;
- f)** cópia do comprovante de residência nominal ao segurado e beneficiários;
- g)** cópia da nota fiscal comprovando a despesa com funeral limitado à importância segurada da apólice contratada.

12.3. COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO EM CASO DE MORTE (AAMO)

12.3.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização adicional ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do Segurado, decorrente de causas naturais ou acidentais, ocorrida durante a vigência da cobertura, observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.3.2. O pagamento da indenização observará o Capital Segurado contratado para esta cobertura e será realizado conforme as regras previstas no Capítulo 22 – Beneficiários destas Condições Gerais.

12.3.3. Para fins de determinação do Capital Segurado aplicável, considera-se como data do evento a data do falecimento do Segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

12.3.4. Não serão aplicadas franquias nesta cobertura.

12.3.5. As regras de carência aplicáveis observarão o disposto nestas Condições Gerais.

12.3.6. Documentação para Regulação do Sinistro

Além da documentação prevista nas Condições Gerais, a Seguradora poderá solicitar, quando aplicável à natureza do evento, documentos específicos para a adequada regulação do sinistro, tais como:

- 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.

12.4. COBERTURA BÁSICA DE MORTE ACIDENTAL (MA)

12.4.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do Segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência da cobertura, observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.4.2. Para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, quando contratada esta cobertura, a garantia estará limitada ao reembolso das despesas relacionadas ao funeral, mediante apresentação dos respectivos comprovantes, observado o limite do Capital Segurado contratado ou do valor estabelecido no Certificado Individual.

12.4.3. Para fins de determinação do Capital Segurado aplicável, considera-se como data do evento coberto a data do acidente que ocasionou a morte do Segurado.

12.4.4. Não haverá aplicação de franquia nesta cobertura.

12.4.5. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais.

12.4.6. Documentação para Regulação do Sinistro

Além da documentação prevista nestas Condições Gerais, poderão ser solicitados documentos complementares relacionados à natureza do evento, tais como:

- a)** Boletim de Ocorrência Policial, quando aplicável;
- b)** Laudo Necroscópico ou documento equivalente, quando aplicável;
- c)** Carteira Nacional de Habilitação, quando o Segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- d)** Laudo de dosagem alcoólica ou toxicológico, quando aplicável;
- e)** Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando aplicável.

12.5. COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL EM CASO DE MORTE ACIDENTAL (AFMA)

12.5.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ou o reembolso das despesas relacionadas ao funeral do Segurado, em caso de morte decorrente exclusivamente de acidente pessoal, ocorrido durante a vigência da cobertura, observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.5.2. O Capital Segurado desta cobertura será destinado exclusivamente ao custeio das despesas funerárias, mediante comprovação das despesas realizadas, incluindo, quando aplicável, despesas com traslado. Não estarão cobertas despesas relacionadas à aquisição de terrenos ou jazigos.

12.5.3. Para fins de determinação do Capital Segurado aplicável, considera-se como data do evento coberto a data do acidente que ocasionou a morte do Segurado.

12.5.4. Não haverá aplicação de franquia nesta cobertura.

12.5.5. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais.

12.5.6. Documentação para Regulação do Sinistro

Além dos documentos previstos nestas Condições Gerais, poderão ser solicitados documentos complementares relacionados à natureza do evento, tais como:

- a)** nota fiscal e comprovantes das despesas funerárias realizadas;
- b)** Boletim de Ocorrência Policial, quando aplicável;
- c)** Laudo Necroscópico ou documento equivalente, quando aplicável;
- d)** Laudo de exame alcoólico ou toxicológico, quando aplicável.

12.6. COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO EM CASO DE MORTE ACIDENTAL (AAMA)

12.6.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento da indenização contratada ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte acidental do Segurado, observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.6.2. Esta cobertura garante o pagamento da indenização contratada ao(s) Beneficiário(s), quando a morte do Segurado decorrer exclusivamente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura, observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.6.3. Para fins de determinação da indenização aplicável, considera-se como data do evento a data do acidente.

12.6.4. Não haverá aplicação de franquia nesta cobertura.

12.6.5. Quando aplicável, o prazo de carência estará definido no Contrato. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais. O prazo máximo de carência será de 2 (dois) anos, observado o limite de metade do prazo de vigência da cobertura.

12.6.6. Será aplicada carência de 2 (dois) anos para eventos decorrentes de suicídio ou tentativa de suicídio voluntária e premeditada, conforme legislação aplicável.

12.6.7. Documentação para Regulação do Sinistro

Além dos documentos previstos nestas Condições Gerais, poderão ser solicitados documentos complementares relacionados à natureza do evento, tais como:

- 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)** cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do segurado;
- f)** cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g)** cópia do comprovante de residência nominal ao segurado e beneficiários;
- h)** dados bancários completos em nome dos beneficiários;
- i)** laudo necroscópico/IML;

j) laudo de dosagem alcoólica e/ou toxicológica, quando aplicável.

12.7. COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPTPA)

12.7.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado ao próprio Segurado, caso venha a ficar total ou parcialmente inválido, em caráter permanente, em decorrência direta e exclusiva de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura, observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.7.2. Para fins de determinação do Capital Segurado aplicável, considera-se como data do evento a data do acidente.

12.7.3. Além dos riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais, também não estarão cobertos por esta cobertura:

- a)** doenças, inclusive profissionais, ainda que consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, bem como DORT, LER, tenossinovites e outras decorrentes de esforços repetitivos;
- b)** envenenamentos, ainda que acidentais;
- c)** doenças preexistentes ou desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto, bem como doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- d)** situações reconhecidas por órgãos oficiais como invalidez acidentária cujo evento não se enquadre no conceito de Acidente Pessoal previsto nestas Condições Gerais;
- e)** acidentes médicos;
- f)** perda de dentes ou danos exclusivamente estéticos;
- g)** acidentes decorrentes da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, ressalvados os casos previstos nestas Condições Gerais;
- h)** acidentes ocorridos quando o Segurado estiver conduzindo veículo automotor sem a devida habilitação legal;
- i)** eventos decorrentes de tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.

12.7.4. Após cada indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente, o Capital Segurado desta cobertura será automaticamente reintegrado, sem cobrança de prêmio adicional.

12.7.5. O beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado.

12.7.6. Não haverá aplicação de franquia nesta cobertura.

12.7.7. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

12.7.8. Será aplicada carência de 2 (dois) anos para eventos decorrentes de lesão autoinfligida, suicídio ou tentativa de suicídio voluntária e premeditada, conforme legislação aplicável.

12.7.9. Quando contratadas conjuntamente as coberturas de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, as respectivas indenizações não serão cumulativas para um mesmo acidente. Caso tenha sido paga indenização por invalidez permanente e, posteriormente, o Segurado venha a falecer em decorrência do mesmo acidente, o valor já indenizado será deduzido do Capital Segurado devido pela cobertura de Morte Acidental.

12.7.10. Caracterização da Invalidez Permanente

12.7.10.1. O pagamento da indenização estará condicionado à caracterização da invalidez permanente, total ou parcial, após a conclusão do tratamento médico ou o esgotamento dos recursos terapêuticos disponíveis, mediante diagnóstico médico definitivo.

12.7.10.2. Nos casos de invalidez parcial, a indenização será calculada mediante aplicação dos percentuais previstos na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente.

12.7.10.3. Quando não houver indicação do percentual de redução funcional, serão adotados os percentuais de 75% (máximo), 50% (médio) e 25% (mínimo), conforme classificação médica.

12.7.10.4. Quando um mesmo acidente resultar em invalidez de mais de um membro ou órgão, os percentuais serão somados, observado o limite máximo de 100% (cem por cento) do Capital Segurado.

12.7.10.5. Havendo duas ou mais lesões parciais em um mesmo membro ou órgão, a soma das indenizações não poderá ultrapassar o percentual previsto para sua perda total.

12.7.10.6. Nos casos não previstos na Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente, a indenização será definida de acordo com a redução permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

12.7.10.7. A invalidez permanente será avaliada pela assessoria médica da Seguradora, podendo ser exigida a apresentação de exames e demais documentos médicos necessários.

12.7.10.8. A Seguradora poderá, a qualquer tempo, submeter o Segurado à perícia médica para esclarecimento de dúvidas quanto à ocorrência do evento ou à extensão da invalidez, arcando com os honorários do profissional por ela indicado.

12.7.10.9. Havendo divergência quanto à causa, natureza ou extensão da invalidez, poderá ser constituída junta médica, nos termos previstos nestas Condições Gerais e na legislação aplicável.

12.7.10.10. Caso seja paga indenização correspondente a 100% (cem por cento) do Capital Segurado desta cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da apólice.

12.7.11. Documentação para Regulação do Sinistro

Além dos documentos previstos nestas Condições Gerais, poderão ser solicitados documentos complementares relacionados à natureza do evento, tais como:

- a)** relatório médico contendo diagnóstico, tratamento realizado, data da alta médica definitiva e percentual de redução funcional;
- b)** exames médicos que comprovem a invalidez permanente;
- c)** laudo de dosagem alcoólica e/ou toxicológica, quando aplicável;

- d)** Carteira Nacional de Habilitação (CNH), quando o Segurado for o condutor do veículo envolvido no acidente;
- e)** Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), Boletim de Ocorrência ou Termo Circunstanciado, quando aplicáveis.

ANEXO – Tabela para Cálculo da Indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPTPA)

Na hipótese de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPTPA), desde que a invalidez seja de caráter definitivo e esteja coberta por este seguro, a Seguradora pagará ao Segurado a indenização correspondente, observados o Capital Segurado contratado e os percentuais previstos na tabela a seguir.

Tabela para Cálculo	
INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPTPA	
DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
Perda total de visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL (DIVERSAS)	
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a visão do outro olho	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
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE MEMBROS SUPERIORES	
Perda total de 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

Aquilose total de um dos ombros	25
Aquilose total de um dos cotovelos	25
Aquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar, indenização do equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DE 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-fibulares	25
Fratura não consolidada da patela	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demias dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros ou mais	10
de 3 (três) centímetros	6
menos de 3(três) centímetros: sem indenização	

PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.

Diversas

MANDÍBULA

Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
- Em grau mínimo	10
- Em grau médio	20

- Em grau máximo	30
NARIZ	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	7
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
Diplopia	15
LESÕES DAS VIAS LACRIMAIS	
Unilateral	7
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Diversas	
LESÕES DE PÁLPEBRA	
Ectrópio Unilateral	3
Ectrópio Bilateral	6
Entrópio Unilateral	7
Entrópio Bilateral	14
Má oclusão palpebral Unilateral	3
Má oclusão palpebral Bilateral	6
Ptose palpebral Unilateral	5
Ptose palpebral Bilateral	10
APARELHO DA FONAÇÃO	
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação Total da Língua	50
Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	15
- mais de 50% (cinquenta por cento)	30
SISTEMA AUDITIVO	
Perda total de uma orelha	8
Perda total das duas orelhas	6
APARELHO URINÁRIO	
Perda de um rim, com rim remanescente com função preservada	30
Redução da Função renal não dialítica	50
Redução da Função renal dialítica	75
Retenção crônica de urina (sondagens vesicais obrigatórias)	15
Cistostomia definitiva	30
Incontinência urinária permanente	30
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	5
Perda de dois testículos	15
Amputação traumática do pênis	40
Perda de um ovário	5

Perda de dois ovários	15
Perda do útero antes da menopausa	30
Perda do útero depois da menopausa	10
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Traqueostomia definitiva	40
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
RESSECÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE UM PULMÃO (PNEUMECTOMIA - PARCIAL OU TOTAL)	
- com função respiratória preservada	15
ANEXO - TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPTPA	
- com redução em grau mínimo da função respiratória	25
Diversas	
- com redução em grau médio da função respiratória	50
- com insuficiência respiratória	75
MAMAS (FEMININAS)	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
Perda do baço (esplenectomia)	15
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FÍGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Síndrome pós-concussional	20

Estresse pós-traumático	2
Epilepsia pós-traumática	20
Hidrocefalia com derivação ventrículo-peritoneal	20

12.8. COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPTD)

12.8.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento da indenização correspondente ao Capital Segurado contratado, em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, caracterizada pela perda da sua existência independente, observadas as disposições destas Condições Gerais, desde que o evento esteja coberto e não se enquadre nos riscos excluídos.

O pagamento da indenização desta cobertura corresponde à antecipação de 100% (cem por cento) do Capital Segurado previsto para a Cobertura Básica de Morte, quando contratada.

12.8.2. Considera-se coberta a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença decorrente exclusivamente de doença que provoque, de forma permanente, irreversível e definitiva, a perda da existência independente do Segurado, tornando inviável o pleno exercício de suas relações autonômicas.

A caracterização da cobertura dependerá da comprovação do quadro clínico incapacitante, mediante documentação médica e avaliação realizada na forma prevista nestas Condições Gerais e no Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), quando aplicável.

12.8.3. Para fins desta cobertura, considera-se risco coberto a ocorrência, comprovada por médico legalmente habilitado e observados os critérios vigentes na data da regulação do sinistro, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes decorrentes exclusivamente de doença:

- a)** cardiopatia grave;
- b)** doença neoplásica maligna ativa, sem prognóstico terapêutico favorável e fora de possibilidades de tratamento com finalidade curativa ou de controle clínico;
- c)** doença crônica de caráter progressivo que apresente disfunções ou insuficiências orgânicas avançadas, com comprometimento de órgãos vitais, sem perspectiva terapêutica favorável;
- d)** alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores;
- e)** doença do sistema nervoso que provoque sequelas encefálicas ou medulares com comprometimento máximo de órgãos vitais, do sentido de orientação ou das funções de dois membros;
- f)** doença degenerativa do aparelho locomotor que acarrete impedimento total e definitivo da capacidade de transferência corporal;

g) deficiência visual decorrente de doença, caracterizada por:

I – Cegueira com acuidade visual igual ou inferior a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

II – Baixa visão, com acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

III – Campo visual igual ou inferior a 60° considerando ambos os olhos; ou

IV – Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

h) doença em estágio terminal, sem possibilidade terapêutica, devidamente atestada por médico legalmente habilitado;

i) perda completa e definitiva da função:

I – De dois membros;

II – Das duas mãos;

III – Dos dois pés; ou

IV – De uma das mãos associada a um dos pés.

Também serão considerados cobertos outros quadros clínicos incapacitantes que, após avaliação por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), atinjam pontuação igual ou superior a 60 (sessenta) pontos, observado o limite máximo previsto no instrumento.

12.8.4. Riscos Excluídos Específicos

Além dos riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais, não estarão cobertos por esta garantia os eventos decorrentes de:

a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membros, órgãos ou sistemas corporais decorrentes de acidente pessoal;

b) doenças profissionais ou doenças do trabalho reconhecidas em razão da atividade profissional exercida pelo Segurado; e

c) agravamento da evolução natural de doença em decorrência de traumatismo.

12.8.5. Para fins de caracterização da cobertura e determinação do Capital Segurado aplicável, considera-se como data do evento aquela indicada na Declaração Médica como o momento em que o quadro clínico do Segurado passou a atender aos critérios desta cobertura, inclusive à pontuação mínima prevista no Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), quando aplicável.

12.8.6. Não haverá aplicação de franquia para esta cobertura.

12.8.7. Quando aplicável, o prazo de carência estará definido no Contrato.

Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais, quando estes resultarem em quadro clínico enquadrado nesta cobertura. O prazo máximo de carência será de 2 (dois) anos, observado o limite correspondente à metade do prazo de vigência da cobertura. Será aplicada carência de 2 (dois) anos para eventos decorrentes de lesão auto infligida, suicídio ou tentativa de suicídio voluntária e premeditada, observada a legislação vigente.

12.8.8. A indenização dependerá da comprovação de que a invalidez é permanente, total e irreversível, após a conclusão do tratamento ou quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis.

A caracterização da invalidez será realizada mediante análise da documentação médica apresentada pelo Segurado, podendo a Seguradora, sempre que entender necessário, submetê-lo à perícia médica.

Em caso de divergência quanto à causa, natureza ou extensão da invalidez, poderá ser constituída junta médica, na forma prevista nestas Condições Gerais e na legislação aplicável.

O pagamento da indenização correspondente à Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença extinguirá automaticamente esta cobertura e a Cobertura Básica de Morte, quando a IFPTD constituir sua antecipação.

12.8.9. Não Reconhecimento da IFPTD

A concessão de aposentadoria por invalidez por órgão previdenciário ou por qualquer entidade pública ou privada não caracteriza, por si só, o direito à indenização desta cobertura.

Também não serão caracterizados como Invalidez Funcional Permanente Total por Doença os quadros clínicos fundamentados exclusivamente em incapacidade laborativa ou profissional, sem o enquadramento nos critérios técnicos previstos nesta cobertura.

12.8.10. Documentação para Regulação do Sinistro

Além da documentação prevista nestas Condições Gerais, a Seguradora poderá solicitar, conforme a natureza do evento, documentos complementares, tais como:

- a)** Aviso de Sinistro;
- b)** documentos pessoais do Segurado;
- c)** Declaração Médica indicando a data da caracterização da invalidez;
- d)** relatório do médico assistente contendo histórico clínico, diagnóstico, evolução da doença e justificativa técnica da incapacidade;
- e)** exames, laudos e demais documentos médicos que fundamentem o diagnóstico e comprovem a evolução do quadro clínico incapacitante;
- f)** outros documentos médicos ou técnicos que se mostrem necessários para a adequada análise do sinistro.

12.8.11. Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF)

A caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença observará, quando aplicável, os critérios previstos no Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), constante do Anexo destas Condições Gerais.

Serão considerados cobertos os quadros clínicos que atingirem a pontuação mínima estabelecida no referido instrumento, observados os demais requisitos previstos nesta cobertura.

ANEXO - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

Atributos (Desvantagens)	Escalas (Graduação)	Valoração (Pontos)
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SEM SUPERVISÃO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR?	0
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE ASSISTÊNCIA À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DÉFICIT COGNITIVO?	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL?	20
Atributos (Desvantagens)	Escalas (Graduação)	Valoração (Pontos)
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS?	0
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO?	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO ASSISTÊNCIA E/OU AUXÍLIO TÉCNICO?	20
Atributos (Desvantagens)	Escalas (Graduação)	Valoração (Pontos)
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM ASSISTÊNCIA, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTO-SUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS?	0

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA

2º GRAU:

O SEGURADO NECESSITA DE ASSISTÊNCIA E/OU AUXÍLIO TÉCNICO EVENTUAIS PARA TROCARDE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES)?

10

3º GRAU:

O SEGURADO NECESSITA DE ASSISTÊNCIA MANTIDA PARA AS ATIVIDADES DIÁRIAS DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL, ASSIM COMO 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	VALORAÇÃO (PONTOS)
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E/OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40 (QUARENTA)?	2
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO?	2
HÁ CURSO DE RECIDIVA E/OU PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E/OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNE?	4
EXISTEM MAIS DE 2 (DOIS) FATORES AGRAVANTES DE RISCO E/OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE?	4
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E/OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA?	8

12.9. COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – DIT

12.9.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma indenização correspondente ao valor da diária contratada, para cada dia de afastamento de suas atividades profissionais em razão de incapacidade temporária decorrente de doença ou acidente pessoal cobertos, observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.9.2. A indenização será devida quando a incapacidade temporária for:

- a) total;
- b) contínua e ininterrupta;
- c) temporária;
- d) comprovada por profissional legalmente habilitado;
- e) impeditiva do exercício de todas as atividades profissionais remuneradas exercidas pelo Segurado.

12.9.3. A quantidade de diárias indenizáveis corresponderá ao número de dias de afastamento do Segurado, deduzido o período de franquia contratado, observado o limite máximo de diárias estabelecido no Contrato ou no Certificado Individual.

12.9.4. O valor da indenização corresponderá ao valor da diária contratada, multiplicado pelo número de diárias indenizáveis, respeitado o limite contratado.

12.9.5. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data do início da incapacidade temporária, conforme comprovada por documentação médica.

12.9.6. Riscos Específicos Excluídos

Além dos riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais, não estarão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) lesões por esforço repetitivo (LER/DORT);**
- b) tratamentos para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo ou controle de natalidade;**
- c) cirurgias plásticas estéticas, exceto as restauradoras decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- d) tratamentos estéticos ou para obesidade, inclusive cirurgias e períodos de convalescença relacionados;**
- e) doenças preexistentes não declaradas, quando aplicável;**
- f) anomalias congênitas e doenças mentais;**
- g) procedimentos não reconhecidos pelos órgãos competentes;**
- h) tratamentos odontológicos, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- i) período de tratamento fisioterápico, exceto quando decorrente de doenças neurológicas.**

12.9.7. O período de franquia será aquele estabelecido no Contrato ou no Certificado Individual, limitado ao máximo previsto na regulamentação aplicável.

12.9.8. Quando aplicável, o prazo de carência estará definido no Contrato. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais.

12.9.9. Será aplicada carência de 2 (dois) anos para eventos decorrentes de lesão autoprovocada, suicídio ou tentativa de suicídio voluntária e premeditada, conforme legislação aplicável.

12.9.10. Documentação para Regulação do Sinistro

Além dos documentos previstos nestas Condições Gerais, a Seguradora poderá solicitar, quando aplicável à natureza do evento:

- a) documento de identificação do Segurado;**
- b) relatório ou laudo médico indicando o diagnóstico, tratamento, data do início da incapacidade e período estimado de afastamento;**
- c) exames complementares que fundamentem o diagnóstico;**
- d) boletim de ocorrência, quando aplicável;**
- e) comprovante de residência;**
- f) dados bancários do Segurado.**

12.10. COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

12.10.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas, até o limite do Capital Segurado contratado, decorrentes de acidente pessoal coberto, observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.10.2. Serão reembolsadas as despesas realizadas para tratamento médico, hospitalar e odontológico iniciado nos primeiros 30 (trinta) dias contados da data do acidente pessoal coberto, desde que prescritas por profissional legalmente habilitado.

12.10.3. O Segurado terá livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

12.10.4. A Seguradora poderá manter rede referenciada ou celebrar convênios com prestadores de serviços para facilitar o atendimento ao Segurado, sem prejuízo da livre escolha prevista nesta cobertura.

12.10.5. Para fins de determinação do Capital Segurado aplicável, considera-se como data do evento a data do acidente.

12.10.6. Riscos Específicos Excluídos

Além dos riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais, não estarão cobertas as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença após a alta médica;**
- b) despesas com acompanhantes;**
- c) órteses de qualquer natureza;**
- d) próteses de caráter permanente, exceto próteses destinadas à reposição de dentes naturais.**

12.10.7. Quando aplicável, a franquia estará estabelecida no Contrato ou no Certificado Individual.

12.10.8. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais.

12.10.9. Será aplicada carência de 2 (dois) anos para eventos decorrentes de lesão autoprovocada, suicídio ou tentativa de suicídio voluntária e premeditada, conforme legislação aplicável.

12.10.10. Documentação para Regulação do Sinistro

Além da documentação prevista nestas Condições Gerais, a Seguradora poderá

solicitar, quando aplicável à natureza do evento:

- a)** documento de identificação do Segurado;
- b)** relatório do médico assistente, contendo diagnóstico, tratamento realizado e data do acidente;
- c)** exames complementares relacionados ao tratamento;
- d)** comprovantes originais das despesas médicas, hospitalares e odontológicas passíveis de reembolso;
- e)** formulário de aviso de sinistro, quando aplicável.

12.11. COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH)

12.11.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento da diária contratada para cada dia de internação hospitalar decorrente de doença ou acidente pessoal cobertos, observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.11.2. Considera-se caracterizada a internação hospitalar quando o Segurado permanecer internado em instituição hospitalar por período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança de, no mínimo, uma diária hospitalar.

12.11.3. A indenização será limitada ao número máximo de diárias previsto no Contrato ou no Certificado Individual, observado o limite de até 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento.

12.11.4. Para fins desta cobertura, considera-se reinternação aquela ocorrida durante a vigência da cobertura, em até 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias contados da alta da internação anterior, desde que decorrente da mesma causa ou de causa relacionada, hipótese em que as diárias serão consideradas cumulativamente para fins do limite previsto nesta cobertura.

12.11.5. Nos casos de internação ocorrida no exterior, as despesas com tradução da documentação necessária à regulação do sinistro serão de responsabilidade da Seguradora.

12.11.6. Para fins de determinação do Capital Segurado aplicável, considera-se como data do evento a data da internação hospitalar.

12.11.7. Riscos Específicos Excluídos

Além dos riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais, não estarão cobertas internações decorrentes de:

- a) check-up, exames de rotina ou investigação diagnóstica sem necessidade de internação;**

- b) infecção pelo vírus HIV, AIDS e doenças relacionadas, quando expressamente excluídas pela contratação;**
- c) internação sem acompanhamento de médico legalmente habilitado;**
- d) tratamentos para esterilidade, controle de natalidade, inseminação artificial ou cirurgia para redesignação sexual;**
- e) cirurgias plásticas estéticas, exceto as restauradoras decorrentes de acidente pessoal coberto;**
- f) doenças congênitas;**
- g) tratamentos ilícitos ou contrários às normas éticas da medicina;**
- h) tratamentos experimentais ou medicamentos não reconhecidos pelos órgãos competentes.**

12.11.8. Também não estarão cobertas internações realizadas em:

- a) instituições psiquiátricas ou alas psiquiátricas destinadas predominantemente ao tratamento de transtornos mentais;**
- b) asilos, casas de repouso e instituições para idosos;**
- c) clínicas de recuperação para dependência química ou alcoólica;**
- d) SPAs, clínicas de emagrecimento, casas de convalescença, reabilitação ou estabelecimentos destinados a tratamentos hidroterápicos ou naturais.**

12.11.9. Quando aplicável, a franquia e o prazo de carência estarão definidos no Contrato ou no Certificado Individual.

12.11.10. O período de franquia, quando contratado, será de, no máximo, 15 (quinze) dias contados da data da internação.

12.11.11. Será aplicada carência de 2 (dois) anos para eventos decorrentes de lesão autoprovocada, suicídio ou tentativa de suicídio voluntária e premeditada, conforme legislação aplicável.

Documentação para Regulação do Sinistro

12.11.12. Além da documentação prevista nestas Condições Gerais, a Seguradora poderá solicitar, quando aplicável:

- a) documento de identificação do Segurado;**
- b) formulário de aviso de sinistro;**
- c) comprovante da internação hospitalar, como nota fiscal, declaração do hospital ou documento equivalente;**
- d) prontuário ou relatório médico referente à internação;**
- e) boletim de ocorrência, quando aplicável;**
- f) comprovante de residência;**
- g) dados bancários do Segurado.**

12.12. COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES (DG)

12.12.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao próprio Segurado quando houver o primeiro diagnóstico, durante a vigência da cobertura e após o cumprimento da carência aplicável, de uma das Doenças Graves cobertas, observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.12.2. Para esta cobertura, consideram-se Doenças Graves cobertas exclusivamente:

- a)** Acidente Vascular Cerebral (AVC);
- b)** Câncer;
- c)** Infarto Agudo do Miocárdio;
- d)** Insuficiência Renal em estágio terminal; e
- e)** Transplante de Órgãos.

12.12.3. A caracterização de cada doença coberta observará os critérios médicos abaixo:

a) Acidente Vascular Cerebral (AVC): isquemia cerebral ou hemorragia intracraniana decorrente de alterações vasculares, que produza seqüela neurológica com duração superior a 24 (vinte e quatro) horas, diagnosticada por médico especialista em neurologia ou neurocirurgia e comprovada por exames complementares. Não estarão cobertos:

- ataques isquêmicos transitórios;
- alterações neurológicas decorrentes de acidente vascular sem sequelas enquadráveis nesta definição;
- lesões cerebrais decorrentes de hipóxia ou trauma.

b) Câncer: tumor maligno caracterizado pelo crescimento descontrolado de células com invasão e destruição de tecido normal, diagnosticado por médico especialista em oncologia e comprovado por exames citológicos e histopatológicos. Não estarão cobertos:

- carcinomas "in situ", incluindo displasia cervical e demais lesões pré-neoplásicas;
- carcinoma basocelular;
- sarcoma de Kaposi e tumores associados à AIDS;
- câncer de pele que não seja melanoma maligno invasivo, conforme critérios médicos previstos nesta cobertura;
- leucemia linfocítica crônica.

c) Infarto Agudo do Miocárdio: necrose de parte do músculo cardíaco decorrente de insuficiência do fluxo sanguíneo coronariano, diagnosticada por médico especialista em cardiologia e comprovada por, no mínimo, dois dos seguintes critérios:

- histórico de dor precordial típica;

- alterações eletrocardiográficas;
- alterações das enzimas cardíacas;
- outros exames complementares compatíveis.

Não estarão cobertos infartos antigos demonstrados apenas por eletrocardiograma.

d) Insuficiência Renal: estágio terminal de insuficiência renal com indicação de hemodiálise permanente ou transplante renal, diagnosticado por médico especialista em nefrologia e comprovado por exames complementares.

e) Transplante de Órgãos: necessidade médica de transplante de coração, pulmão, fígado, rins ou medula óssea, recomendada por, no mínimo, dois médicos especialistas. Não estarão cobertos:

- transplantes de órgãos não previstos nesta cobertura;
- transplantes de tecidos;
- autotransplantes.

12.12.4. A cobertura será extinta após o pagamento da indenização decorrente do primeiro diagnóstico de uma das Doenças Graves cobertas.

12.12.5. O beneficiário desta cobertura é o próprio Segurado.

12.12.6. Para fins de determinação do Capital Segurado aplicável, considera-se como data do evento a data do primeiro diagnóstico da Doença Grave coberta.

12.12.7. Não haverá aplicação de franquia nesta cobertura.

12.12.8. Quando aplicável, o prazo de carência estará definido no Contrato, observado o limite máximo previsto na regulamentação vigente e nestas Condições Gerais.

12.12.9. Além dos riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais, não estarão cobertos:

- a)** diagnósticos emitidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes ou pessoas com vínculo de dependência econômica ou convivência, ainda que sejam médicos legalmente habilitados;
- b)** diagnósticos emitidos por profissionais não habilitados;
- c)** doenças profissionais, quando expressamente excluídas da contratação;
- d)** doenças ou condições médicas preexistentes de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação, quando aplicável.

12.12.10. Documentação para Regulação do Sinistro

Além da documentação prevista nestas Condições Gerais, a Seguradora poderá solicitar, conforme a natureza do evento:

- a)** laudo ou relatório médico contendo o diagnóstico da doença coberta;
- b)** exames complementares que comprovem o diagnóstico;
- c)** formulário próprio de Aviso de Sinistro, quando aplicável;
- d)** documentos de identificação do Segurado;
- e)** demais documentos necessários à adequada regulação do sinistro.

12.13. COBERTURA ADICIONAL DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER (DC)

12.13.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao próprio Segurado quando houver o primeiro diagnóstico de câncer maligno durante a vigência da cobertura e após o cumprimento da carência aplicável, observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.13.2. Para fins desta cobertura, considera-se câncer o tumor maligno caracterizado pelo desenvolvimento de células malignas no organismo, comprovado por exame anatomopatológico.

12.13.3. Não estarão cobertos:

- a)** qualquer tipo de câncer de pele, exceto melanoma maligno;
- b)** diagnósticos realizados antes do início de vigência da cobertura ou durante o período de carência aplicável.

12.13.4. O diagnóstico poderá ser realizado em vida ou post mortem, desde que atendidos os requisitos desta cobertura.

12.13.5. O beneficiário desta cobertura é o próprio Segurado.

12.13.6. Para fins de determinação do Capital Segurado aplicável, considera-se como data do evento a data do primeiro diagnóstico do câncer coberto.

12.13.7. Não haverá aplicação de franquia nesta cobertura.

12.13.8. Quando aplicável, o prazo de carência estará definido no Contrato, observado o limite máximo previsto na regulamentação vigente e nestas Condições Gerais.

12.13.9. Além dos riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais, não estarão cobertos:

- a) diagnósticos emitidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes ou pessoas com vínculo de dependência econômica ou convivência, ainda que sejam médicos legalmente habilitados;
- b) diagnósticos emitidos por profissionais não legalmente habilitados;
- c) câncer de pele, exceto melanoma maligno.

12.13.10. Documentação para Regulação do Sinistro

Além da documentação prevista nestas Condições Gerais, a Seguradora poderá solicitar, conforme a natureza do evento:

- a) laudo ou relatório médico contendo o diagnóstico da doença;
- b) exame anatomopatológico e demais exames complementares que comprovem o diagnóstico;
- c) formulário próprio de Aviso de Sinistro, quando aplicável;
- d) documentos de identificação do Segurado;
- e) demais documentos necessários à adequada regulação do sinistro.

12.14. COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS (DCFI)

12.14.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao Segurado Principal quando seu filho nascer com invalidez permanente total decorrente de doença congênita, desde que o nascimento ocorra durante a vigência da cobertura e o diagnóstico seja realizado até 6 (seis) meses após o nascimento, observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.14.2. Para fins desta cobertura, considera-se doença congênita a disfunção fisiológica de origem sistêmica ou decorrente de malformação anatômica, diagnosticada e comprovada por médico legalmente habilitado como sendo de origem congênita.

12.14.3. O pagamento da indenização será devido exclusivamente quando:

- a) o nascimento do filho ocorrer durante a vigência da cobertura;
- b) o diagnóstico da doença congênita seja realizado até 6 (seis) meses após o nascimento;
- c) a doença congênita resulte em invalidez permanente total do filho.

12.14.4. O beneficiário desta cobertura é o próprio Segurado Principal.

12.14.5. Para fins de determinação do Capital Segurado aplicável, considera-se como data do evento a data do diagnóstico da doença congênita, constante da declaração ou relatório médico.

12.14.6. Não haverá aplicação de franquia ou carência nesta cobertura.

12.14.7. Além dos riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais, não estarão cobertos:

- a)** diagnósticos emitidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes ou pessoas com vínculo de dependência econômica ou convivência, ainda que sejam médicos legalmente habilitados;
- b)** diagnósticos emitidos por profissionais não legalmente habilitados;
- c)** doenças congênitas cuja existência seja de conhecimento do Segurado durante a gestação, antes do início de vigência da cobertura.

12.14.8. Documentação para Regulação do Sinistro

Além da documentação prevista nestas Condições Gerais, a Seguradora poderá solicitar, conforme a natureza do evento:

- a)** certidão de nascimento e documentos de identificação do Segurado Principal e do filho;
- b)** laudo ou relatório médico contendo o diagnóstico da doença congênita e a caracterização da invalidez permanente total;
- c)** exames complementares que comprovem o diagnóstico;
- d)** formulário próprio de Aviso de Sinistro, quando aplicável;
- e)** demais documentos necessários à adequada regulação do sinistro.

12.15. COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE (DIHA)

12.15.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao Segurado, correspondente ao valor da diária contratada, em caso de internação hospitalar decorrente de acidente pessoal coberto, conforme contratado e observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.15.2. Esta cobertura garante o pagamento de diárias ao Segurado durante o período de internação hospitalar decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura, observado o limite máximo de diárias estabelecido no Contrato.

12.15.3. Para fins desta cobertura:

- a)** considera-se como data do evento a data da internação hospitalar decorrente do acidente pessoal coberto;
- b)** o valor da diária e o limite máximo de diárias indenizáveis serão aqueles estabelecidos no Contrato ou no Certificado Individual;
- c)** a caracterização da internação hospitalar observará os critérios previstos nestas Condições Gerais.

12.15.4. Quando aplicável, haverá franquia em dias, contados da data da internação hospitalar, conforme estabelecido no Contrato, observado o limite máximo previsto nestas Condições Gerais.

12.15.5. Quando aplicável, o prazo de carência estará definido no Contrato. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais. Será aplicada carência de 2 (dois) anos para eventos decorrentes de suicídio ou tentativa de suicídio voluntária e premeditada, conforme legislação aplicável.

12.15.6. Documentação para Regulação do Sinistro

Além da documentação prevista nestas Condições Gerais, a Seguradora poderá solicitar, quando aplicável à natureza do evento, documentos específicos para a adequada regulação do sinistro, tais como:

- a)** cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do Segurado;
- b)** formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente;
- c)** nota fiscal, declaração hospitalar ou outro documento idôneo que comprove a internação hospitalar e seu período de duração;
- d)** prontuário médico ou relatório médico da internação, quando necessário;
- e)** boletim de ocorrência policial, quando aplicável;
- f)** comprovante de residência do Segurado; e
- g)** dados bancários para pagamento da indenização.

12.16. COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA)

12.16.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao Segurado, correspondente ao valor da diária contratada, em caso de incapacidade temporária decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, conforme contratado e observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.16.2. Esta cobertura garante o pagamento de diárias ao Segurado durante o período em que permanecer total, contínua e temporariamente incapacitado para o exercício de suas atividades profissionais, em decorrência exclusivamente de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência da cobertura, observado o limite máximo de diárias estabelecido no Contrato.

12.16.3. Para fins desta cobertura:

- a)** considera-se como data do evento a data da incapacidade temporária decorrente do acidente pessoal coberto;
- b)** o valor da diária e o limite máximo de diárias indenizáveis serão aqueles estabelecidos no Contrato ou no Certificado Individual;

c) a quantidade de diárias indenizáveis corresponderá ao período de incapacidade temporária, descontado o período de franquia, observado o limite máximo contratado.

12.16.4. Quando aplicável, haverá franquia em dias, contados da data da incapacidade temporária, conforme estabelecido no Contrato, observado o limite máximo previsto nestas Condições Gerais.

12.16.5. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais. Será aplicada carência de 2 (dois) anos para eventos decorrentes de suicídio ou tentativa de suicídio voluntária e premeditada, conforme legislação aplicável.

12.16.6. Documentação para Regulação do Sinistro

Além da documentação prevista nestas Condições Gerais, a Seguradora poderá solicitar, quando aplicável à natureza do evento, documentos específicos para a adequada regulação do sinistro, tais como:

- a)** cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do Segurado;
- b)** laudo ou relatório do médico assistente, contendo o diagnóstico, a data do evento, o tratamento realizado, os exames complementares e o período de afastamento necessário para recuperação;
- c)** formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente;
- d)** boletim de ocorrência policial, quando aplicável;
- e)** comprovante de residência do Segurado; e
- f)** dados bancários para pagamento da indenização.

12.17. COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS EM CASO DE MORTE (DEM)

12.17.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), destinada ao custeio de despesas extraordinárias decorrentes da morte do Segurado, conforme contratado e observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.17.2. Esta cobertura garante o pagamento da indenização ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do Segurado decorrente de causas naturais ou acidentais, ocorrida durante a vigência da cobertura, observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.17.3. O valor da indenização, bem como o número de parcelas, quando aplicável, serão aqueles estabelecidos no Contrato ou no Certificado Individual.

12.17.4. Para fins de determinação da indenização aplicável, considera-se como data do evento a data do falecimento do Segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

12.17.5. Não haverá aplicação de franquia nesta cobertura.

12.17.6. Quando aplicável, o prazo de carência estará definido no Contrato. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais. O prazo máximo de carência será de 2 (dois) anos, observado o limite de metade do prazo de vigência da cobertura.

12.17.7. Será aplicada carência de 2 (dois) anos para eventos decorrentes de suicídio ou tentativa de suicídio voluntária e premeditada, conforme legislação aplicável.

12.17.8. Documentação para Regulação do Sinistro

Além da documentação prevista nestas Condições Gerais, a Seguradora poderá solicitar, quando aplicável à natureza do evento, documentos específicos para a adequada regulação do sinistro, tais como:

- 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 assistente;
- e)** cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do Segurado;
- f)** comprovante de residência do Segurado e/ou do Beneficiário, quando aplicável.

12.18. COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS EXTRAORDINÁRIAS EM CASO DE MORTE ACIDENTAL (DEMA)

12.18.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), destinada ao custeio de despesas extraordinárias decorrentes da morte acidental do Segurado, conforme contratado e observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.18.2. Esta cobertura garante o pagamento da indenização ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do Segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da cobertura, observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.18.3. O valor da indenização, bem como o número de parcelas, quando aplicável, serão aqueles estabelecidos no Contrato ou no Certificado Individual.

12.18.4. Para fins de determinação da indenização aplicável, considera-se como data do evento a data do acidente que resultar na morte do Segurado.

12.18.5. Não haverá aplicação de franquia nesta cobertura.

12.18.6. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais. Será aplicada carência de 2 (dois) anos para eventos decorrentes de suicídio ou tentativa de suicídio voluntária e premeditada, conforme legislação aplicável.

12.18.7. Documentação para Regulação do Sinistro

Além da documentação prevista nestas Condições Gerais, a Seguradora poderá solicitar, quando aplicável à natureza do evento, documentos específicos para a adequada regulação do sinistro, tais como:

- 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 assistente;
- e)** cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do Segurado; e
- f)** comprovante de residência do Segurado e/ou do Beneficiário, quando aplicável.

12.19. COBERTURA ADICIONAL DE VERBAS RESCISÓRIAS (VR)

12.19.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao Estipulante, a título de reembolso das despesas com verbas rescisórias decorrentes da morte do Segurado, conforme contratado e observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.19.2. Esta cobertura garante o reembolso das despesas com verbas rescisórias, limitado ao valor contratado, quando ocorrer a morte do Segurado por causas naturais ou acidentais, durante a vigência da cobertura, observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.19.3. Para fins de determinação da indenização aplicável, considera-se como data do evento a data do falecimento do Segurado, comprovada mediante Certidão de Óbito.

12.19.4. O valor máximo da indenização corresponderá ao limite estabelecido no Contrato ou no Certificado Individual.

12.19.5. Não haverá aplicação de franquia nesta cobertura.

12.19.6. Quando aplicável, o prazo de carência estará definido no Contrato. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais. O prazo máximo de carência será de 2 (dois) anos, observado o limite de metade do prazo de vigência da cobertura.

12.19.7. Será aplicada carência de 2 (dois) anos para eventos decorrentes de suicídio ou tentativa de suicídio voluntária e premeditada, conforme legislação aplicável.

12.19.8. Documentação para Regulação do Sinistro

Além da documentação prevista nestas Condições Gerais, a Seguradora poderá solicitar, quando aplicável à natureza do evento, documentos específicos para a adequada regulação do sinistro, tais como:

- a)** formulário de aviso de sinistro;
- b)** cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c)** cópia autenticada dos documentos de identificação e CPF do Segurado;
- d)** cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do Segurado;
- e)** declaração ou relatório do médico assistente, quando aplicável;
- f)** ficha ou registro atualizado do empregado e documentos comprobatórios das verbas rescisórias pagas pelo Estipulante;
- g)** comprovantes do pagamento das verbas rescisórias objeto do reembolso;
- h)** laudo de dosagem alcoólica e/ou toxicológica, quando aplicável;
- i)** carteira Nacional de Habilitação, quando o Segurado for condutor de veículo envolvido no acidente;
- j)** comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), boletim de ocorrência policial ou outro documento equivalente, quando aplicável.

12.20. COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL EM DECORRÊNCIA DE DOENÇA PROFISSIONAL (IPTDP)

12.20.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento antecipado de 100% (cem por cento) do Capital Segurado da cobertura básica de Morte, quando caracterizada a invalidez permanente total decorrente de doença profissional adquirida em razão da atividade laboral, observadas as disposições destas Condições Gerais.

12.20.2. A invalidez deverá ser comprovada mediante laudo médico que ateste a incapacidade definitiva para o exercício das atividades profissionais, desde que a doença profissional tenha sido diagnosticada durante a vigência da cobertura e não decorra de riscos excluídos.

12.20.3. O pagamento da indenização relativa a esta cobertura implica o cancelamento automático das coberturas contratadas para o Segurado.

12.20.4. Para fins de determinação da indenização, considera-se como data do evento a data constante do laudo médico que caracterizar a invalidez permanente total.

12.20.5. O valor máximo da indenização corresponderá a 100% (cem por cento) do Capital Segurado da cobertura básica de Morte, observado o limite contratado.

12.20.6. Não haverá aplicação de franquia nesta cobertura.

12.20.7. Quando aplicável, o prazo de carência estará definido no Contrato. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidentes pessoais. O prazo máximo de carência será de 2 (dois) anos, observado o limite de metade do prazo de vigência da cobertura.

12.20.8. Será aplicada carência de 2 (dois) anos para eventos decorrentes de suicídio ou tentativa de suicídio voluntária e premeditada, conforme legislação aplicável.

12.20.9. Não poderão ser incluídas nesta cobertura pessoas que não exerçam atividade laborativa.

12.20.10. Riscos Excluídos

Além das exclusões previstas nestas Condições Gerais, não estarão cobertos os eventos decorrentes de:

- a) doenças ou acidentes preexistentes de conhecimento do Segurado e não declarados na contratação;**
- b) invalidez decorrente de doença adquirida fora do exercício da atividade profissional;**
- c) invalidez decorrente de acidente pessoal;**
- d) epidemias, pandemias ou envenenamento coletivo oficialmente reconhecidos;**
- e) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, Beneficiário, representante legal ou Estipulante;**
- f) guerra, terrorismo, revolução, radiações ionizantes, contaminação nuclear ou eventos de natureza semelhante;**
- g) reconhecimento de invalidez por órgãos previdenciários quando o evento não se caracterizar como doença profissional, nos termos desta cobertura.**

12.20.11. Documentação para Regulação do Sinistro

Além da documentação prevista nestas Condições Gerais, a Seguradora poderá solicitar, quando aplicável à natureza do evento, documentos específicos para a adequada regulação do sinistro, tais como:

- a) formulário de aviso de sinistro;**

- b)** relatório médico detalhado contendo diagnóstico, tratamento realizado, exames e data da caracterização da invalidez permanente total;
- c)** exames e laudos médicos comprobatórios;
- d)** carta de concessão de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez emitida pelo INSS, quando houver;
- e)** formulário de autorização para crédito da indenização;
- f)** documentos de identificação, CPF e comprovante de residência do Segurado;
- g)** ficha de registro de empregado ou contrato de prestação de serviços, conforme o vínculo profissional;
- h)** comprovantes de remuneração ou pagamento dos últimos 3 (três) meses;
- i)** outros documentos que se mostrarem necessários para a adequada análise e regulação do sinistro

13. REVISÃO E ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

13.1. Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos capitais segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado individual vigente. Se aceitos pela seguradora, os novos capitais Segurados terão início de vigência no 1º dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento espontâneo de capital, poderá ser exigido do Segurado o preenchimento de uma nova proposta de adesão, iniciando-se nova carência de 2 (dois) anos para o valor aumentado, para hipótese de suicídio.

13.2. Qualquer aumento de capital implicará em aumento automático dos prêmios, obedecendo a mesma proporção aplicada ao acréscimo dos capitais.

13.3. Para os Segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento espontâneo dos respectivos capitais segurados. Nestes casos, os capitais segurados serão atualizados anualmente pelo índice estabelecido no plano de seguro ou qualquer outro índice que por disposição legal venha a substituí-lo.

13.4. O Estipulante fica ciente que, para o aumento espontâneo do capital segurado, o Segurado deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do capital segurado, de conhecimento do segurado e não declarada na nova proposta de adesão, o pagamento da Indenização prevista para as coberturas contratadas, em caso de sinistro, será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios ao Estipulante e/ou Beneficiário.

14. CANCELAMENTO DO SEGURO

14.1. Ocorrerá o cancelamento do seguro individual, sem qualquer restituição de prêmios:

- a)** com a morte do segurado principal;
- b)** com o recebimento do capital segurado relativo à garantia de Invalidez Funcional Permanente total por Doença (IFPTD), se contratada esta garantia;
- c)** por solicitação formal do segurado principal;
- d)** por falta de pagamento de prêmios, respeitando o período de vigência orrespondente ao prêmio pago e o disposto no item 13;
- e)** automaticamente se o segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva durante o processo de contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- f)** automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do Segurado, seus Beneficiários, seus dependentes ou prepostos;
- g)** automaticamente, com o cancelamento ou final de Vigência sem renovação da apólice contratada entre Estipulante e a Seguradora;
- h)** automaticamente, com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado, respeitando o período do prêmio já pago. O Segurado poderá ser mantido no plano, desde que haja concordância expressa entre as partes (Estipulante e Seguradora), assumindo o Segurado, a partir dessa data, o custeio integral das respectivas coberturas ou tendo ajustado o valor do capital segurado à parcela do custeio sob sua responsabilidade.

14.2. A apólice será cancelada:

- a)** a qualquer tempo mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, coma anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado;
- b)** em caso de cancelamento da apólice total ou parcial, de maneira recíproca entre as partes, deverão constar as seguintes disposições:
 - I.** a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;
 - II.** quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado calculado conforme critério de prazo curto previsto nestas Condições Contratuais.

c) quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com os deveres de lealdade e boa-fé objetiva ou agir com dolo, fraude ou culpa grave, tanto na contratação quanto durante a vigência do contrato;

d) automaticamente quando houver atraso no pagamento de Prêmios, observado o disposto no subitem 15.12, se fracionado o prêmio, ou no subitem 16.3, se o pagamento for mensal.

14.3. A Seguradora não poderá cancelar a apólice durante sua vigência sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

15. CUSTEIO DO SEGURO E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

15.1. O custeio do presente seguro será definido na Proposta de Contratação e constará expressamente no Contrato, podendo ser contributivo, não contributivo ou misto, conforme pactuado entre as partes.

15.2. Quando o seguro for contratado na modalidade não contributiva, o custeio será integralmente suportado pelo Estipulante, não sendo devida qualquer cobrança direta de prêmio ao Segurado.

15.3. Caso o seguro seja estruturado com base em faixas etárias, a alteração de idade do Segurado implicará seu reenquadramento automático na respectiva faixa etária, com aplicação do percentual de ajuste previsto contratualmente, sendo o novo prêmio devido a partir da data de aniversário do Certificado Individual ou da renovação da Apólice, conforme definido no contrato.

15.4. O valor do prêmio será o estabelecido no contrato e será reajustado nas mesmas condições e periodicidade aplicáveis ao Capital Segurado, conforme os índices e critérios nele previstos.

15.5. O pagamento do prêmio será realizado por meio de boleto bancário ou ficha de compensação, conforme definido pelo Estipulante e previsto na Apólice.

15.6. A cobrança do prêmio, seja à vista ou de forma fracionada, será realizada por meio de documento emitido pela Seguradora, contendo, no mínimo:

- a)** identificação do Segurado;
- b)** valor do prêmio;
- c)** data de emissão;
- d)** número da Apólice e/ou Certificado Individual;
- e)** data limite para pagamento.

15.7. A periodicidade de pagamento do prêmio será definida na Proposta de Contratação e constará da Apólice, podendo ser mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual.

15.8. O documento de cobrança será encaminhado pela Seguradora ao Segurado ou ao seu representante legal, podendo ser enviado ao corretor de seguros mediante solicitação expressa, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis da data de vencimento.

15.9. Quando o pagamento do prêmio for realizado na modalidade mensal, cada parcela corresponderá a um mês de cobertura, observadas as disposições do Capítulo 15 destas Condições Gerais.

15.10. No caso de pagamento anual, o prêmio corresponderá integralmente a um período de 12 (doze) meses de cobertura.

15.11. A Seguradora manterá registro das operações de cobrança e pagamento realizadas, independentemente da forma de pagamento adotada.

15.12. Quando o pagamento for realizado por meio da rede bancária, o documento de cobrança deverá conter, no mínimo, as seguintes informações:

- a)** identificação da Seguradora;
- b)** número da conta e agência de recebimento, quando aplicável;
- c)** identificação do banco recebedor;
- d)** indicação de possibilidade de pagamento em qualquer agência bancária, quando aplicável.

15.13. Na hipótese de vencimento ocorrer em dia sem expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

15.14. As disposições a seguir aplicam-se exclusivamente aos seguros cujo prêmio seja pago de forma fracionada.

15.14.1. É vedada a cobrança de qualquer valor adicional a título de custo administrativo pelo fracionamento do prêmio.

15.14.2. Será assegurada ao Segurado, quando aplicável, a possibilidade de antecipação do pagamento das parcelas vincendas, observadas as condições previstas na Apólice.

15.14.3. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término da vigência da Apólice.

15.14.4. Na hipótese de falta de pagamento de parcela subsequente à primeira, nos seguros com prêmio fracionado, o período de cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, mediante aplicação da Tabela de Prazo Curto constante destas Condições Gerais:

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

15.15. Para percentuais de prêmio pago não previstos na Tabela de Prazo Curto constante do subitem 14.14.4, serão aplicados os percentuais imediatamente superiores.

15.16. A Seguradora comunicará ao Segurado ou ao seu representante legal, por escrito, o novo prazo de vigência da cobertura, calculado conforme a Tabela de Prazo Curto prevista no subitem 14.14.4.

15.17. Enquanto não expirado o prazo de vigência ajustado conforme a Tabela de Prazo Curto, o Segurado poderá manter a vigência originalmente contratada mediante o pagamento do prêmio em atraso, acrescido dos encargos previstos contratualmente.

15.18. Decorrido o prazo de vigência ajustado conforme a Tabela de Prazo Curto, sem a regularização do pagamento do prêmio, o Contrato será cancelado de pleno direito, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial.

15.19. O disposto nesta cláusula aplicam-se exclusivamente aos seguros cujo prêmio seja pago de forma fracionada, não se aplicando aos planos com custeio mensal, que observarão as regras específicas constantes do Capítulo 15 destas Condições Gerais.

15.20. Na hipótese de recebimento indevido de prêmio, o valor será devolvido ao pagador, atualizado monetariamente pela variação positiva do índice de atualização do Plano de Seguro previsto no Contrato, desde a data do seu recebimento até a data da efetiva devolução.

15.21. O prêmio é devido a partir da data em que a Seguradora assumir o risco, conforme previsto na Apólice.

15.22. Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer durante o prazo para pagamento do prêmio à vista ou de qualquer de suas parcelas, o direito à indenização não ficará prejudicado, desde que o pagamento ainda não esteja em atraso além do prazo contratualmente previsto.

15.23. Quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor da indenização, excluído eventual adicional decorrente do fracionamento do prêmio.

15.24. Este seguro é estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não há constituição de reserva individual nem direito a resgate, ressalvadas as hipóteses previstas nestas Condições Gerais ou na legislação aplicável.

15.25. Os prêmios pagos em atraso serão atualizados monetariamente, desde a data do vencimento até a data do efetivo pagamento, pelo índice de atualização previsto no item 9.1 destas Condições Gerais.

15.26. Além da atualização monetária prevista no item anterior, incidirão sobre os prêmios em atraso juros de mora de 12% (doze por cento) ao ano, calculados pro rata.

15.27. A Seguradora poderá delegar ao Estipulante a cobrança dos prêmios, permanecendo responsável perante os Segurados pelos efeitos dessa delegação. O Estipulante deverá repassar os valores arrecadados à Seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente.

15.28. A delegação da cobrança dos prêmios ao Estipulante poderá ser revogada pela Seguradora, mediante comunicação por escrito.

15.29. Caso o Estipulante deixe de repassar à Seguradora os prêmios de seguro contributivo recebidos dos Segurados, tal fato não acarretará o cancelamento da Apólice ou das coberturas dos Segurados que tenham efetuado regularmente o pagamento dos respectivos prêmios, sem prejuízo das medidas legais cabíveis contra o Estipulante.

15.30. É vedado ao Estipulante cobrar dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor superior ao estabelecido pela Seguradora.

15.31. Caso o Estipulante efetue, juntamente com a cobrança do prêmio do seguro, a cobrança de quaisquer outros valores que lhe sejam devidos, deverá discriminar, de forma individualizada, nos documentos de cobrança, o valor correspondente ao prêmio de seguro de cada Segurado.

15.32. Nos casos de desconto ou consignação em folha de pagamento, a interrupção do desconto somente poderá ocorrer nas hipóteses previstas na legislação aplicável, por solicitação do Segurado ou em razão da perda do vínculo que autorize a consignação.

15.33. Quando a cobrança do prêmio ocorrer mediante desconto ou consignação em folha de pagamento e o empregador não for o Estipulante, os valores deverão ser repassados diretamente à Seguradora, pelos meios por ela disponibilizados, observadas as disposições destas Condições Gerais.

16. SUSPENSÃO, REABILITAÇÃO E CANCELAMENTO DAS GARANTIAS DA INADIMPLÊNCIA DO PRÊMIO MENSAL

16.1. Constatada a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio, exceto a 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.

16.2. 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.

16.3. Caso o pagamento não seja efetuado dentro do prazo previsto no item anterior, a vigência de todas as garantias será suspensa a partir do dia seguinte ao término do referido prazo. A Seguradora não responderá pelos sinistros ocorridos durante o período de suspensão.

16.4. O seguro poderá ser reabilitado a qualquer momento antes do seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela em atraso. As garantias voltarão a vigorar a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da regularização do pagamento. É vedada a cobrança de prêmio referente ao período em que a cobertura permaneceu suspensa.

16.5. Se o prêmio não for pago em um prazo de 60 dias, após o início da suspensão, o seguro será cancelado de pleno direito, independentemente de nova notificação.

17. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

17.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nas Condições Contratuais, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- a)** Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b)** Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c)** Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de seguro;
- d)** Discriminar o valor do Prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e)** Repassar os Prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f)** Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g)** Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;

- h)** Comunicar imediatamente à Seguradora a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando essa comunicação for de sua responsabilidade;
- i)** Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j)** Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k)** Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- l)** 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.
- m)** O Estipulante declarará, no ato do preenchimento e da assinatura da proposta de contratação, que tomou conhecimento prévio destas Condições Gerais e que está de pleno acordo com seus termos.
- n)** Prestar assistência ao Segurado e aos seus Beneficiários em todas as fases do contrato, orientando-os quanto aos seus direitos e deveres.

17.2. 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.

17.3. O Estipulante declara e garante que a formação do grupo de Segurados está fundamentada em vínculo lícito e preexistente à contratação do seguro, sem natureza ou finalidade exclusivamente securitária. Esse vínculo deverá decorrer de relação legal, estatutária, empregatícia ou de afinidade comprovável. O Estipulante deverá manter cadastro atualizado que comprove a existência e a manutenção desse vínculo não securitário.

18. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

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

- a)** Pagar a indenização devida ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme o caso, no prazo de até 30 (trinta) dias, contado da data do recebimento da documentação completa pela Seguradora. Caso sejam solicitados documentos ou informações complementares indispensáveis à regulação do sinistro, o prazo ficará suspenso, voltando a correr pelo período remanescente a partir do recebimento da documentação solicitada.
- b)** Informar por escrito ao Segurado o não pagamento da fatura por parte do Estipulante, quando aplicável;
- c)** Emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo Estipulante, quando aplicável;
- d)** Recolher integralmente os impostos correspondentes ao seguro, conforme legislação em vigor.
- e)** Constituir todas as reservas técnicas e provisões necessárias para a manutenção do equilíbrio financeiro e atuarial da Apólice.
- f)** Prestar ao Estipulante, ao Subestipulante e a cada componente do grupo segurado as informações necessárias ao adequado acompanhamento do plano de seguro.
- g)** Emitir a Apólice, cujas notas técnicas e Condições Contratuais estejam devidamente depositadas ou aprovadas pela SUSEP, observando a legislação e a regulamentação aplicáveis.
- h)** A Seguradora se responsabiliza integralmente pelos atos e 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.

19. REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

19.1. A ocorrência do Sinistro deverá ser comunicada à Seguradora, tão logo seja conhecida, pelo Segurado, pelo Beneficiário ou por seu representante legal, por qualquer dos canais disponibilizados pela Seguradora, mediante apresentação dos elementos necessários à análise da cobertura.

19.2. Correrão por conta da Seguradora as despesas necessárias à regulação e à liquidação do Sinistro, ressalvadas as despesas relativas à apresentação dos documentos previamente indicados no Contrato para comunicação da ocorrência, identificação e comprovação da legitimidade do interessado, bem como de outros documentos que estejam ordinariamente em seu poder.

19.3. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a existência de cobertura, contado da apresentação do Aviso de Sinistro acompanhado dos elementos necessários à decisão, expressamente indicados nestas Condições Contratuais.

19.4. A Seguradora poderá solicitar documentos ou informações complementares, de forma justificada e desde que seja possível ao interessado produzi-los. A solicitação suspenderá o prazo para manifestação sobre a cobertura, observados os limites legais, que voltará a correr no primeiro dia útil subsequente ao atendimento da solicitação.

19.5. A recusa de cobertura será comunicada de forma expressa e fundamentada ao Segurado, ao Beneficiário ou ao representante legal, não podendo a Seguradora alterar posteriormente o fundamento apresentado, salvo se vier a tomar conhecimento de fatos anteriormente desconhecidos.

19.6. Reconhecida a cobertura, a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou o Capital Segurado devido, contado do recebimento dos elementos necessários à quantificação do valor.

19.7. Durante o prazo de pagamento, a Seguradora poderá solicitar documentos complementares, de forma justificada e desde que seja possível ao interessado produzi-los. Nos seguros sobre a vida ou a integridade física, o prazo poderá ser suspenso uma única vez, voltando a correr no primeiro dia útil subsequente ao atendimento da solicitação.

19.8. Os documentos necessários à análise da cobertura e à quantificação da indenização serão expressamente indicados nestas Condições Gerais e nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

19.9. O valor da indenização será apurado de acordo com o Capital Segurado vigente na data do evento, observados os critérios, percentuais, limites, franquias e demais disposições da cobertura contratada.

19.10. A mora da Seguradora acarretará multa de 2% (dois por cento) sobre o valor devido, devidamente atualizado, sem prejuízo da incidência dos juros legais e da responsabilidade por perdas e danos, contados da data em que a indenização ou o Capital Segurado deveria ter sido pago.

19.11. O pagamento da atualização monetária, da multa e dos juros moratórios será realizado independentemente de notificação ou interpelação judicial, juntamente com os demais valores devidos.

19.12. As providências e os atos praticados pela Seguradora durante a regulação e a liquidação do Sinistro não implicam, por si só, reconhecimento da obrigação de pagar a indenização ou o Capital Segurado.

19.13. Quando houver reembolso de despesas realizadas no exterior, os encargos necessários à tradução dos documentos ficarão a cargo da Seguradora.

19.14. O pagamento destinado a Beneficiário menor de idade ou incapaz observará as regras de representação ou assistência previstas na legislação aplicável.

20. PERÍCIA OU JUNTA MÉDICA

20.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão de lesões ou da doença, 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.

20.2. A junta médica será composta por 3 (três) médicos, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, escolhido em comum acordo pelos médicos indicados pelas partes.

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

20.4. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, e os honorários do terceiro médico serão divididos em partes iguais entre o Segurado e a Seguradora.

21. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

21.1. O Segurado ou o Beneficiário poderá perder o direito à indenização ou ter o seguro cancelado, conforme o caso e observadas as disposições destas Condições Contratuais, nas seguintes hipóteses:

- a)** Inexatidão ou omissão nas declarações da Proposta de Adesão, que possa influir ou ter influído na aceitação ou taxação do seguro;
- b)** Descumprimento das obrigações definidas nas Condições Contratuais;
- c)** Utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a Indenização;
- d)** Fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;

- e)** Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do Evento Coberto e suas consequências;
- f)** Solicitação de exclusão do seguro feita pelo Segurado ou pelo Estipulante;
- g)** Dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte do(s) segurado(s), seu(s) representante(s) ou seu(s) Beneficiário(s) para obter ou majorar seu Capital Segurado;
- h)** Não fornecimento da documentação solicitada;

21.2. Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de alterar ou agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

21.3. Entende-se como “alteração do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na Proposta de Contratação/Adesão.

21.4. A Seguradora, desde que o faça nos 30 (trinta) dias seguintes ao 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.

21.5. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

21.6. Se o Segurado, seu representante, ou seu Corretor fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou no valor do Prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do Prêmio vencido.

21.7. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, é facultado à Seguradora:

21.7.1. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro, ocorrerá:

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

21.7.1.1. 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.

21.7.1.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado:

- a)** Cancelar o seguro após o pagamento da indenização, deduzindo do valor devido a diferença de prêmio cabível.

21.8. A inobservância 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 7.6 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.

21.9. O Segurado poderá comunicar à Seguradora qualquer fato que represente redução relevante e duradoura do risco coberto, a fim de solicitar a revisão e a correspondente redução proporcional do prêmio.

21.9.1. A comunicação deverá ser realizada por escrito ou por outro meio disponibilizado pela Seguradora, acompanhada da documentação necessária para comprovar a redução do risco.

21.9.2. Recebida a comunicação, a Seguradora analisará o pedido e, constatada a efetiva redução do risco, promoverá o ajuste proporcional do prêmio.

21.9.3. A redução do prêmio produzirá efeitos para o período remanescente de vigência da Apólice, contado da data do recebimento da solicitação pela Seguradora.

21.9.4. Considera-se redução relevante do risco, por exemplo, a alteração de profissão para atividade de menor periculosidade ou a cessação da prática de esportes de risco, desde que tais circunstâncias tenham sido consideradas na formação do prêmio.

21.10. Caso a Seguradora proponha alteração das condições do contrato em decorrência do agravamento do risco, com consequente alteração do prêmio, o Segurado poderá aceitar a proposta ou optar pelo cancelamento do seguro. A decisão deverá ser comunicada à Seguradora no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da proposta. O cancelamento produzirá efeitos a partir da data da comunicação da decisão à Seguradora, salvo disposição legal em contrário.

22. REINTEGRAÇÃO

22.1. Nos casos de morte e de invalidez permanente total não haverá reintegração.

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

23. BENEFICIÁRIOS

23.1. O Segurado Principal poderá, livremente e a qualquer tempo, indicar, por escrito ou por meios remotos disponibilizados pela Seguradora, o(s) Beneficiário(s) que desejar, ressalvadas as restrições legais, para receber o Capital Segurado em caso de sua morte coberta pelo seguro.

23.2. O Segurado Principal poderá, a qualquer tempo, substituir, incluir ou alterar a indicação de Beneficiário(s), mediante solicitação à Seguradora, por escrito ou por meios remotos disponibilizados por esta, observadas as restrições legais.

23.2.1. Caso a alteração da indicação de Beneficiário(s) não seja comunicada à Seguradora na forma prevista no item 22.2, esta ficará desobrigada ao efetuar o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) anteriormente indicado(s).

23.3. Na ausência de beneficiário indicado na data do falecimento do Segurado Principal, o Capital Segurado será pago às pessoas legalmente habilitadas, observada a legislação aplicável.

23.3.1. Na hipótese de falecimento de Beneficiário anteriormente ao do Segurado, sem que tenha sido realizada nova indicação, sua parte do Capital Segurado será distribuída conforme a legislação aplicável ou na forma prevista pelo Segurado, quando houver mais de um Beneficiário indicado.

23.4. No caso de morte do Segurado Dependente, quando tiver sido contratada a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

23.4.1. 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.

23.5. Para todos os fins de direito, o Capital Segurado devido em razão da morte do Segurado não integra a herança nem se sujeita ao pagamento das dívidas do falecido, sendo pago diretamente ao(s) Beneficiário(s) indicado(s), observado o disposto na legislação aplicável.

24. TAXA DO SEGURO, RECÁLCULO DO PRÊMIO E REENQUADRAMENTO

24.1. Quando adotado o critério de idade média atuarial, o prêmio do seguro será calculado com base na idade média atuarial dos componentes do Grupo Segurável.

24.1.1. A Seguradora poderá, por ocasião do aniversário da Apólice, recalculas as taxas do seguro quando a experiência do grupo segurado demonstrar desequilíbrio técnico-atuarial que comprometa a manutenção do contrato, observado o disposto na regulamentação aplicável. Considera-se caracterizado o desequilíbrio quando o volume de sinistros pagos e avisados superar o prêmio líquido arrecadado no mesmo período.

24.1.2. As modificações previstas no item 23.1.1 acima, se implicarem em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

24.2. Quando o contrato adotar o critério de prêmio individual, o reenquadramento ocorrerá conforme uma das modalidades abaixo:

24.2.1. Por Idade: A taxa de Prêmio de cada Segurado será estabelecida conforme sua idade, de acordo com a tabela de taxas e prêmios por Idade, prevista no Contrato. Para atender ao ajustamento técnico tarifário, necessário em função do aumento de idade, as taxas de prêmio sofrerão reenquadramento anual, conforme a mesma tabela já referida. Este reenquadramento ocorrerá por ocasião das renovações da Apólice, ou na data de aniversário dos Segurados, conforme dispuser o Contrato.

a) Nos seguros contratados com a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge em que a idade do cônjuge não seja informada, será considerado como parâmetro a idade do Segurado Principal.

24.2.2. Por faixa etária: A taxa de prêmio de cada segurado será estabelecida conforme sua faixa etária, de acordo com a tabela de taxas e prêmios por faixa etária prevista no contrato. Para atender ao ajustamento técnico tarifário, necessário em função da mudança de faixa etária, as taxas de prêmio sofrerão reenquadramento anual, conforme a mesma tabela já referida. Este reenquadramento ocorrerá por ocasião das renovações da Apólice ou da data de aniversário dos Segurados, conforme dispuser o Contrato.

a) Nos seguros contratados com a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge em que a idade do cônjuge não seja informada, será considerado como parâmetro a idade do Segurado.

24.3. Independentemente da forma de reenquadramento prevista neste Capítulo, caso o Segurado ultrapasse a última faixa etária constante da tabela de taxas prevista no Contrato, a taxa do seguro individual será reajustada anualmente em 10% (dez por cento), observado o limite etário previsto para aceitação e permanência no seguro.

25. ALTERAÇÕES NO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

25.1. O presente contrato de seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

25.2. Qualquer alteração na Apólice vigente que implique ônus ou dever aos Segurados, ou que reduza seus direitos, somente poderá ser realizada mediante anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

25.3. A renovação da Apólice que não implique imposição de novos ônus ou deveres aos Segurados, nem redução de seus direitos, poderá ser realizada pelo Estipulante mediante concordância da Seguradora

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

26.1. As peças promocionais e de propaganda referentes ao seguro somente podem ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas, rigorosamente, as Condições Gerais, as condições de cada garantia e a nota técnica submetidas à SUSEP.

27. PRESCRIÇÃO

27.1. 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.

27.2. 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.

27.3. A prescrição será suspensa uma única vez quando houver pedido de reconsideração da recusa, cessando na data da comunicação da decisão final pela seguradora.

28. FORO

28.1. Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer controvérsias decorrentes deste Contrato de Seguro.

29. TRIBUTOS

29.1. Os tributos relativos a este Seguro serão pagos por quem a lei determinar.

30. DISPOSIÇÕES GERAIS E FINAIS

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

30.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

30.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de seguros no site www.susep.gov.br pelo número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

30.4. Este seguro é contratado por prazo determinado, facultando-se à Seguradora não renovar a Apólice ao término de sua vigência, sem devolução dos prêmios pagos referentes ao período em que houve cobertura.

30.5. Nos seguros de pessoas não há sub-rogação da Seguradora nos direitos do Segurado ou do Beneficiário contra terceiros responsáveis pelo sinistro, observada a legislação aplicável.

30.6. O Capital Segurado observará o regime jurídico previsto na legislação aplicável quanto à sua impenhorabilidade.

31. CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICOS

31.1. Para os fins desta Cláusula, considera-se Excedente Técnico aquele definido no item "Definições" destas Condições Gerais.

31.2. Para fins da apuração do resultado técnico, serão consideradas como receitas:

- a)** prêmios de competência correspondentes ao período de apuração da apólice efetivamente pagos, líquidos de IOF.
- b)** estornos de Sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c)** saldo da provisão de Sinistros Ocorridos e não Avisados (IBNR) do período anterior;
- d)** recuperação de Sinistros do ressegurador.

31.3. Para fins da apuração do resultado técnico, serão consideradas como despesas:

- a)** comissões de corretagem pagas durante o período de apuração;
- b)** comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período de apuração;
- c)** comissões de agenciamento pagas durante o período de apuração;

- d)** prêmios de resseguro;
- e)** valor total dos Sinistros avisados e despesas de Sinistro, compreendendo, mas não se limitando a, despesas de regulação, investigação, assistências em geral, perícias etc., ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se, de uma só vez, os Sinistros com pagamento parcelado;
- f)** alterações dos valores de Sinistros já considerados em apurações anteriores;
- g)** saldo da provisão de IBNR do período;
- h)** saldo negativo de períodos anteriores, ainda não compensados;
- i)** despesas efetivas de administração da Seguradora, acordadas com o Estipulante incluindo impostos e/ou quaisquer outras contribuições recolhidas sobre os Prêmios efetivamente pagos durante o período.
- j)** eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídos na apuração de excedente técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante.

31.4. A provisão de IBNR será calculada através da aplicação de um percentual, estabelecido contratualmente, sobre os Prêmios definidos no item 30.2 (a) menos os Prêmios definidos no item 30.3 (d) referentes ao período de apuração.

31.5. Como saldo da provisão de IBNR do período anterior entende-se o valor debitado a este título, no período anterior ao da atual apuração.

31.6. Todos os encargos incidentes sobre Prêmios pagos em atraso não serão considerados como receita, para fins de cálculo do Excedente Técnico. Os encargos contratuais incidentes sobre Sinistros pagos em atraso que não tenha sido causado pelo Estipulante, serão desconsiderados como despesas, correndo à conta da Seguradora.

31.7. Esta Cláusula produzirá efeitos a partir do início de vigência da Apólice ou de seu aniversário, conforme previsto contratualmente.

31.8. Atualização Monetária: O resultado técnico será apurado em Reais (R\$), levando-se em conta a atualização monetária dos valores pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

31.9. As receitas e despesas serão atualizadas monetariamente até a data da distribuição do Excedente Técnico, observando-se como termo inicial:

- a)** do pagamento dos Prêmios e comissões (corretagem, agenciamento e pró-labore);
- b)** do aviso dos Sinistros à Seguradora;
- c)** da última apuração, para os saldos negativos de períodos anteriores e saldo de IBNR de período anterior;
- d)** e competência para as despesas de administração da Seguradora.

31.10. Condições Para Distribuição do Excedente Técnico:

- a)** A distribuição do Excedente Técnico será realizada após o término do período de apuração, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, a contar da quitação da última fatura, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
- b)** Em caso de não renovação da Apólice, a distribuição do Excedente Técnico será recalculada após 12 (doze) meses contados do prazo máximo previsto na alínea "a" acima e, somente a partir de então, o pagamento se devido, será realizado.
- c)** Somente será distribuído o Excedente Técnico quando, durante o período de apuração, a Apólice tiver média mensal mínima de 500 (quinhentos) Segurados, exceto se houver Disposição Contratual em contrário.
- d)** Não será distribuído Excedente Técnico em caso de cancelamento da Apólice.

31.11. Distribuição do Excedente Técnico: Será distribuído ao Estipulante um percentual do saldo positivo obtido, livremente convencionado entre as partes e estabelecido contratualmente.

31.12. Nos seguros contributários, o Excedente Técnico a ser distribuído deverá ser destinado aos Segurados, na proporção do seu percentual de contribuição sobre o Prêmio Individual. Esta condição constará do Certificado Individual do Seguro quando o seguro for contributário. Caberá ao Estipulante definir a forma com que distribuirá o Excedente Técnico aos componentes do grupo Segurado, em conformidade com os contratos ou acordos que possua com os Segurados.