



CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE VIDA EM GRUPO CAPITAL GLOBAL

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
SEGURO DE VIDA EM GRUPO CAPITAL GLOBAL
PROCESSO SUSEP 15414.901696/2017-55

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	4
2. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	4
3. DEFINIÇÕES	5
4. LIMITES PARA CONTRATAÇÃO	10
5. COBERTURAS.....	10
6. RISCOS EXCLUÍDOS	16
7. CARÊNCIA E SUICÍDIO	18
8. ÂMBITO GEOGRÁFICO	18
9. CARÊNCIAS E FRANQUIAS	18
10. PRESCRIÇÃO	19
11. ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO	20
12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO.....	21
13. CAPITAL SEGURADO GLOBAL.....	22
14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	24
15. CUSTEIO DO SEGURO E PAGAMENTO DOS PRÊMIOS	24
16. PRAZO DE TOLERÂNCIA DO SEGURO.....	27
17. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	27
18. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL DOS SEGURADOS.....	28
19. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	29
20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	31
21. FORMAS DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES.....	44
22. BENEFICIÁRIOS.....	45
23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	47
24. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA.....	49
25. FORO.....	50
26. ANEXOS	51

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao próprio Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, até o limite do Capital Segurado contratado para cada cobertura, na ocorrência de evento coberto previsto na Apólice e efetivamente contratado pelo Estipulante, conforme a Proposta de Contratação, o Contrato e o Certificado Individual, observados os riscos excluídos e as demais disposições destas Condições Gerais.

1.2. O Seguro de Vida em Grupo Global é uma modalidade de contratação coletiva em que o Capital Segurado é estabelecido de forma global para o grupo segurado. O valor do Capital Segurado individual será apurado na data do evento coberto, considerando a composição do grupo segurado e a distribuição do Capital Segurado Global entre os integrantes, podendo sofrer variações decorrentes de alterações na quantidade de segurados.

2. DISPOSIÇÕES GERAIS

2.1. A aceitação do seguro está sujeita à análise do risco pela Seguradora, observadas as disposições destas Condições Gerais.

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

2.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do Corretor de Seguros no sítio eletrônico da SUSEP (www.susep.gov.br), por meio do número de registro, nome completo, CPF ou CNPJ.

2.4. A Seguradora não estará obrigada a cumprir disposições constantes de estatutos, regulamentos ou quaisquer outros documentos do Estipulante que contrariem ou alterem as condições estabelecidas na Apólice, salvo se houver sua prévia e expressa concordância.

2.5. Não Sub-rogação: Nos termos da legislação vigente, o pagamento do Capital Segurado em decorrência de morte ou incapacidade não confere à Seguradora o direito de sub-rogação contra terceiros eventualmente responsáveis pelo evento coberto.

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

3. DEFINIÇÕES

3.1. Aceitação: ato pelo qual a Seguradora, após a análise do risco proposto, concorda com a contratação do seguro, formalizando a cobertura por meio da emissão da Apólice e, quando aplicável, do Certificado Individual.

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

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

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- a)** As doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b)** As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- c)** As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; e,

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

3.3. Aditivo: documento que formaliza alterações nas condições originalmente contratadas, produzindo efeitos após a emissão do respectivo Endosso pela Seguradora

3.4. Agravação de Risco: circunstância que aumenta a probabilidade ou a intensidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora.

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

3.6. Apólice: documento emitido pela Seguradora que formaliza a contratação do seguro e estabelece as condições da cobertura.

3.7. Aviso de Sinistro: comunicação formal à Seguradora da ocorrência de um evento que possa gerar direito à indenização.

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

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

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

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

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

3.13. Carência: período contado do início da vigência durante o qual determinadas coberturas poderão não garantir o pagamento integral do Capital Segurado, observado que não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, quando prevista a cobertura.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.28. 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 inexistência, a extinção ou a impossibilidade de manutenção do interesse legítimo poderá implicar a nulidade ou a resolução do contrato, nos termos da legislação vigente.

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

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

3.31. Médico Assistente: profissional legalmente habilitado para o exercício da medicina e regularmente inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM). Não será considerado como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge ou companheiro, dependentes, ascendentes, descendentes ou parentes, consanguíneos ou por afinidade, ainda que legalmente habilitados para o exercício da medicina.

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

3.33. Prazo de Carência: período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

3.34. Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

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

3.36. Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma garantia (ou garantias), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

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

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

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

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

3.41. Segurados Dependentes: consideram-se Segurados Dependentes o Cônjuge/Companheiro(a) e os Filhos do Segurado Principal, desde que atendam aos critérios estabelecidos nestas Condições Gerais e não estejam contratados como Segurados Principais neste seguro.

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

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

3.44. Superintendência de Seguros Privados (SUSEP): órgão normatizador e fiscalizador das atividades de seguro.

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

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

4. LIMITES PARA CONTRATAÇÃO

4.1. A contratação deste seguro estará sujeita aos critérios de aceitação e subscrição estabelecidos pela Seguradora, observadas as características do grupo segurável, as coberturas contratadas e os limites previstos na Apólice e/ou Proposta de Contratação.

5. COBERTURAS

As coberturas deste seguro estão classificadas em Cobertura Básica e Coberturas Adicionais, sendo obrigatória a contratação de, no mínimo, uma Cobertura Básica. A extensão de cobertura aos Segurados Dependentes poderá ocorrer quando prevista na contratação.

5.1. COBERTURA BÁSICA

5.1.1. MORTE (MO)

5.1.1.1. Garante o pagamento de indenização ao(s) Beneficiário(s), limitada ao valor do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado durante a vigência do seguro, por causas naturais ou acidentais.

5.1.1.2. A indenização será paga em parcela única ao(s) Beneficiário(s), conforme previsto na contratação.

5.1.1.3. Para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, essa cobertura estará limitada ao reembolso das despesas com funeral, mediante apresentação dos respectivos comprovantes dos valores gastos.

5.1.1.4. Não serão consideradas despesas com funeral:

- a)** despesas com traslado;
- b)** despesas relacionadas à aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

5.2. COBERTURAS ADICIONAIS

As Coberturas Adicionais somente poderão ser contratadas quando houver a contratação da Cobertura Básica de Morte (MO).

5.2.1. INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE (IEA)

5.2.1.1. Garante o pagamento de indenização adicional ao(s) Beneficiário(s), limitada a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura Básica de Morte (MO), em caso de falecimento do Segurado decorrente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro.

5.2.1.2. A indenização será paga em parcela única ao(s) Beneficiário(s), conforme previsto na contratação.

5.2.2. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

5.2.2.1 Garante o pagamento de indenização ao próprio Segurado, limitada ao Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de perda, redução ou incapacidade funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão, decorrente de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do seguro.

5.2.2.2 Após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, constatada a invalidez permanente mediante avaliação médica, a Seguradora pagará ao Segurado a indenização conforme os percentuais estabelecidos na tabela constante do Anexo I.

5.2.2.3 Nos casos de invalidez parcial, a indenização será calculada proporcionalmente ao grau de redução funcional apresentado, conforme os percentuais previstos na tabela constante do Anexo I.

5.2.2.4 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada pela soma dos percentuais correspondentes, limitada a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura.

5.2.2.5 A indenização será paga em parcela única ao Segurado.

5.2.2.6 Para fins de cálculo da indenização, será considerada exclusivamente a redução funcional decorrente do acidente coberto, sendo descontado eventual grau de invalidez preexistente no membro ou órgão afetado.

5.2.2.7 A perda de dentes e os danos estéticos, isoladamente, não caracterizam direito à indenização por Invalidez Permanente.

5.2.2.8 As indenizações por Morte e Invalidez Permanente não se acumulam quando decorrentes do mesmo acidente. Caso ocorra o falecimento do Segurado em consequência do mesmo acidente após o pagamento da indenização por Invalidez Permanente, será deduzido da indenização devida pela Cobertura de Morte o valor já pago pela Cobertura de Invalidez Permanente.

5.2.2.9 A concessão de aposentadoria por invalidez por instituições oficiais de previdência ou órgãos equivalentes não caracteriza, por si só, a existência de Invalidez Permanente para fins deste seguro.

5.2.3. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

5.2.3.1. Garante o pagamento de indenização ao próprio Segurado, em caso de invalidez funcional permanente total decorrente de doença coberta, manifestada durante a vigência do seguro, desde que caracterizada a perda da existência independente do Segurado e não haja possibilidade de recuperação ou reabilitação pelos recursos terapêuticos disponíveis.

5.2.3.2. Considera-se perda da existência independente a ocorrência de quadro clínico incapacitante que impeça, de forma irreversível, o Segurado de exercer suas atividades básicas de forma autônoma.

5.2.3.3. Para fins desta cobertura, também serão considerados como invalidez funcional permanente total os casos de Segurados portadores de doenças em fase terminal, conforme previsto na Antecipação Especial por Doença Terminal.

5.2.3.4. A Antecipação Especial por Doença Terminal consiste na antecipação da indenização prevista para a Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando o Segurado apresentar quadro clínico irreversível em fase terminal, devidamente comprovado por declaração médica e observados os riscos excluídos deste seguro.

5.2.3.5. A constatação da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e dos casos de Antecipação Especial por Doença Terminal será realizada mediante declaração médica emitida por profissional habilitado, podendo a Seguradora solicitar perícia médica administrativa ou judicial, quando aplicável, observados os critérios previstos nestas Condições Gerais e no Anexo II.

5.2.3.6. A concessão desta cobertura não está condicionada à concessão de aposentadoria por invalidez por instituições oficiais de previdência ou órgãos equivalentes.

5.2.3.7. Aplicam-se a esta cobertura os riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais.

5.2.3.8. O Capital Segurado desta cobertura corresponde ao valor contratado na Apólice e será pago em parcela única em caso de evento coberto.

5.2.3.9. Após o pagamento da indenização referente a esta cobertura, o Segurado será automaticamente excluído da Apólice, conforme condições previstas neste seguro.

5.2.3.10. As indenizações por Morte e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) não se acumulam.

5.2.4. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL EM DECORRÊNCIA DE DOENÇA PROFISSIONAL (IPTDP)

5.2.4.1. Garante ao Segurado o pagamento antecipado de 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a Cobertura Básica de Morte (MO), em caso de caracterização de Invalidez Permanente Total decorrente de Doença Profissional, caracterizada em razão da atividade profissional exercida ou das condições ambientais do trabalho, comprovada mediante laudo emitido por médico legalmente habilitado ou junta médica, quando aplicável, observados os riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais e as demais disposições contratuais.

5.2.4.2. O pagamento da indenização implicará a exclusão automática do Segurado da Apólice.

5.2.4.3. Para fins desta cobertura, considera-se:

a) Doença Profissional: doença adquirida pelo Segurado em decorrência da exposição aos riscos inerentes à atividade profissional exercida ou às condições ambientais do trabalho.

b) Invalidez Permanente Total em Decorrência de Doença Profissional: incapacidade definitiva do Segurado para exercer suas atividades profissionais em decorrência de Doença Profissional, quando não houver possibilidade de recuperação ou reabilitação pelos recursos terapêuticos disponíveis no momento da constatação, desde que o diagnóstico ou o início do tratamento seja posterior à inclusão do Segurado no seguro.

c) Esta cobertura somente poderá ser contratada para pessoas que exerçam atividade laborativa.

5.2.4.4. Além dos Riscos Excluídos previstos nestas Condições Gerais, também não estarão cobertos por esta cobertura os eventos decorrentes de:

a) doenças adquiridas fora do período de atividade profissional;

b) perda, redução ou incapacidade funcional definitiva decorrente de acidente pessoal;

c) situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou órgãos equivalentes como invalidez acidentária, quando o evento causador da invalidez não atender aos critérios de caracterização de Doença Profissional.

5.2.4.5. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento a data constante do laudo médico que caracterizar a invalidez permanente.

5.2.4.6. Reconhecida a invalidez pela Seguradora, a indenização será paga em parcela única ao próprio Segurado.

5.2.5. VERBAS RESCISÓRIAS (VR)

5.2.5.1. Garante o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, ao(s) beneficiário(s), em caso de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais, ocorrida durante a vigência do seguro, observados os riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais e as demais disposições contratuais.

5.2.6. DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

5.2.6.1. Garante ao próprio Segurado, até o limite do Capital Segurado contratado para esta cobertura, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas comprovadamente realizadas em decorrência de acidente pessoal coberto, desde que o tratamento seja iniciado no prazo de até 30 (trinta) dias contados da data do acidente, observados os riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais e as demais disposições contratuais.

5.2.6.2. O valor da indenização desta cobertura ficará limitado ao montante das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetivamente comprovadas, não podendo, em nenhuma hipótese, exceder o Capital Segurado contratado, ainda que existam outros seguros cobrindo o mesmo evento.

5.2.6.3. O Segurado poderá escolher livremente os profissionais e estabelecimentos responsáveis pelo atendimento, desde que estejam legalmente habilitados.

5.2.6.4. A comprovação das despesas deverá ser realizada mediante apresentação dos documentos fiscais e dos relatórios médicos pertinentes.

5.2.6.5. A Seguradora poderá solicitar que o Segurado se submeta à avaliação médica, quando necessária para a análise do sinistro, observadas as disposições destas Condições Gerais.

5.2.7. AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO EM CASO DE MORTE (AAMO)

5.2.7.1. Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, a título de Auxílio Alimentação, em caso de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais, ocorrida durante a vigência do seguro, observados os riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais e as demais disposições contratuais.

5.2.7.2. A indenização prevista nesta cobertura possui caráter adicional e autônomo, não implicando redução nem dedução do Capital Segurado devido pela Cobertura Básica de Morte (MO).

5.2.8. AUXÍLIO FUNERAL (AF)

5.2.8.1. Garante ao(s) Beneficiário(s), na forma prevista no Certificado Individual, o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura ou o reembolso das despesas com funeral, em caso de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais, ocorrida durante a vigência do seguro, observados os riscos excluídos previstos nestas Condições Gerais e as demais disposições contratuais.

5.2.8.2. Quando a cobertura for prestada na modalidade de reembolso, as despesas com funeral deverão ser comprovadas mediante apresentação dos documentos comprobatórios pertinentes, podendo a Seguradora, a seu critério, aceitar outros documentos idôneos que comprovem sua realização.

5.2.8.3. Para fins desta cobertura, consideram-se despesas com funeral aquelas relacionadas aos serviços funerários, incluindo as despesas com traslado do corpo. Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

5.2.9. COBERTURAS SUPLEMENTARES PARA SEGURADOS DEPENDENTES

5.2.9.1. Quando prevista a contratação das Coberturas Suplementares, poderão ser incluídos no seguro, como Segurados Dependentes, o cônjuge/companheiro(a) e/ou os filhos do Segurado Principal, desde que não estejam incluídos no grupo segurado como Segurados Principais.

5.2.9.2. Quando ambos os cônjuges ou companheiros forem Segurados Principais do mesmo grupo segurado, os filhos poderão ser incluídos uma única vez como dependentes daquele que possuir o maior Capital Segurado correspondente à soma das Coberturas Básicas contratadas.

5.2.9.3. A inclusão dos Segurados Dependentes será realizada na forma prevista no Contrato, podendo ocorrer por adesão automática, quando abranger os dependentes de todos os Segurados Principais.

5.2.9.4. Para fins deste seguro, considera-se cônjuge ou companheiro(a) a pessoa que mantenha união estável com o Segurado Principal, caracterizada pela convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, comprovada na forma da legislação ou dos documentos previstos contratualmente.

5.2.9.5. Consideram-se filhos os dependentes econômicos do Segurado Principal, na forma da legislação do Imposto de Renda, compreendendo:

- a)** filho(a) ou enteado(a) até completar 21 (vinte e um) anos;
- b)** filho(a) ou enteado(a), em qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- c)** filho(a) ou enteado(a) universitário ou matriculado em curso técnico de nível médio, até completar 24 (vinte e quatro) anos.

5.2.9.6. O Capital Segurado do Segurado Dependente, em qualquer cobertura, não poderá ser superior ao Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, conforme estabelecido no Contrato.

5.2.9.7. Para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, somente poderão ser contratadas coberturas destinadas ao reembolso de despesas, observadas as disposições destas Condições Gerais e da legislação vigente.

5.2.9.8. Os prêmios relativos aos Segurados Dependentes serão pagos pelo Estipulante ou sub estipulante juntamente com os prêmios do Segurado Principal.

5.2.9.9. As hipóteses de cessação da cobertura dos Segurados Dependentes observarão o disposto no capítulo específico destas Condições Gerais.

5.2.9.10. Nas coberturas destinadas ao reembolso de despesas para menores de 14 (quatorze) anos:

- a)** as despesas deverão ser comprovadas mediante apresentação dos documentos comprobatórios pertinentes, podendo a Seguradora, a seu critério, aceitar outros documentos idôneos;
- b)** não estarão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Além das exclusões específicas previstas nas respectivas coberturas e das hipóteses que não se enquadrem na definição de Acidente Pessoal estabelecida nestas Condições Gerais, não haverá cobertura para eventos ocorridos, direta ou indiretamente, em consequência de:

- a) perturbações ou intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, exceto quando prescritos por profissional legalmente habilitado em decorrência de acidente pessoal coberto;
- b) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosões nucleares, contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- c) atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra civil, guerra química ou bacteriológica, guerrilha, revolução, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública, exceto quando decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de terceiros;
- d) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou por seus representantes legais;
- e) nos seguros contratados por pessoa jurídica, atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores, dirigentes, administradores do Estipulante, Beneficiários ou respectivos representantes legais;
- f) doenças ou lesões preexistentes de conhecimento do Segurado no momento da contratação, observadas as disposições destas Condições Gerais quanto à declaração do risco e aos prazos de carência, quando aplicáveis;
- g) anomalias congênitas;
- h) epidemias e pandemias declaradas por autoridade competente;
- i) doação e transplante intervivos;
- j) doenças, transtornos ou distúrbios mentais, comportamentais ou psiquiátricos, quando não decorrentes diretamente de evento coberto;
- k) danos e perdas decorrentes de ato terrorista, desde que reconhecido pela autoridade pública competente, cabendo à Seguradora sua comprovação mediante documentação hábil;
- l) choque anafilático e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de Acidente Pessoal coberto;
- m) parto, aborto e suas consequências, quando não decorrentes diretamente de Acidente Pessoal coberto;
- n) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, ainda que de origem traumática, quando não decorrentes diretamente de Acidente Pessoal coberto;
- o) participação em competições ilegais com aeronaves, embarcações ou veículos automotores, inclusive treinos preparatórios;
- p) condução de veículo automotor ou de equipamento que exija habilitação legal, sem que o Segurado possua habilitação válida e apropriada.

6.2. A exclusão por doenças ou lesões preexistentes somente será aplicável aos contratos que não prevejam prazo de carência. Havendo prazo de carência para a cobertura, encerrado esse período, a Seguradora não poderá negar a indenização com fundamento exclusivo na preexistência da doença ou lesão.

6.3. É vedada a exclusão de cobertura para morte ou incapacidade decorrente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de terceiros, observadas as disposições legais e regulamentares aplicáveis.

7. CARÊNCIA E SUICÍDIO

7.1. Quando prevista contratualmente, a carência corresponderá ao período contado a partir do início de vigência da cobertura individual durante o qual, na ocorrência de sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não terão direito ao recebimento da indenização.

7.2. O falecimento do Segurado decorrente de suicídio ou de sua tentativa não estará coberto durante os 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual.

7.3. Em caso de aumento do Capital Segurado durante a vigência da cobertura, o prazo de carência de 2 (dois) anos será aplicado exclusivamente sobre a parcela correspondente ao capital aumentado.

7.4. O prazo de carência previsto para suicídio não será reaplicado nas renovações da Apólice ou da cobertura individual.

7.5. Ocorrendo suicídio durante o prazo de carência aplicável, a Seguradora ficará isenta do pagamento da indenização referente à Cobertura de Morte, observado o tratamento previsto na legislação vigente e nas disposições contratuais quanto à devolução dos prêmios, quando aplicável.

7.6. Os prazos de carência eventualmente aplicáveis às demais coberturas serão aqueles expressamente previstos na Apólice, no Contrato e no Certificado Individual.

8. ÂMBITO GEOGRÁFICO

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

9. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

9.1. Quando aplicáveis, os prazos de carência e as franquias estarão previstos na Apólice, no Contrato e no Certificado Individual.

9.2. Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidente pessoal, exceto nos casos de suicídio ou sua tentativa, observado o disposto nestas Condições Gerais.

9.3. O prazo máximo de carência será de 2 (dois) anos, não podendo exceder a metade do prazo de vigência da cobertura.

9.4. Não serão estabelecidos novos prazos de carência nas renovações da Apólice.

9.5. Caso o grupo segurado seja transferido para outra seguradora, não será reiniciada a contagem do prazo de carência para os Segurados já incluídos na Apólice anterior.

9.6. O pagamento antecipado do prêmio não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido para a cobertura.

9.7. Nos casos de aumento do Capital Segurado ou de inclusão posterior de cobertura, poderão ser estabelecidos prazos de carência específicos, observadas as disposições contratuais e a legislação aplicável.

9.8. Quando prevista contratualmente, poderá ser aplicada franquia às coberturas adicionais, observado o prazo máximo de 15 (quinze) dias, contado da data do evento coberto.

9.9. Caso o sinistro coberto ocorra durante o período de carência, a Seguradora, embora isenta do pagamento da indenização, devolverá ao Beneficiário, em caso de morte, ou ao próprio Segurado, nos demais casos, os valores devidos na forma prevista na legislação e nas disposições contratuais aplicáveis.

9.10. Uma vez cumprido o prazo de carência estabelecido para determinada cobertura, a Seguradora não poderá negar o pagamento da indenização com fundamento em doença ou lesão preexistente, exceto em caso de comprovada má-fé do Segurado no momento da contratação, cuja comprovação caberá exclusivamente à Seguradora, com base nas informações prestadas na Declaração Pessoal de Saúde (DPS).

9.11. As carências e franquias aplicáveis a cada cobertura, quando existentes, constam de forma expressa nas respectivas seções de Coberturas destas Condições Gerais.

10. PRESCRIÇÃO

10.1. 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.

10.2. 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.

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

11. ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

11.1. Este seguro destina-se a pessoas jurídicas que desejem contratar Seguro de Vida em Grupo com Capital Global em favor de pessoas a elas vinculadas, observadas as disposições destas Condições Gerais.

11.2. Poderão integrar o grupo segurado os componentes do grupo segurável que atendam aos critérios de elegibilidade estabelecidos no Contrato e nestas Condições Gerais, tais como empregados, sócios, diretores, estagiários, estudantes ou outras pessoas com vínculo admitido contratualmente.

11.3. A inclusão no seguro dependerá do atendimento aos critérios de aceitação definidos pela Seguradora, inclusive quanto à idade, ao vínculo com o Estipulante e às demais condições estabelecidas contratualmente.

11.4. Qualquer alteração da Apólice que implique aumento de ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

11.5. Para a contratação deste seguro, a Seguradora exigirá o preenchimento da Proposta de Contratação pelo Estipulante, dispensada a Proposta de Adesão dos componentes do grupo segurado, quando prevista contratualmente.

11.6. Caberá ao Estipulante verificar o atendimento dos requisitos para inclusão dos Segurados, respondendo pelas inclusões realizadas em desacordo com estas Condições Gerais e com o Contrato.

11.7. Na Proposta de Contratação constará declaração de que o Proponente teve acesso prévio às Condições Gerais do seguro.

11.8. A Seguradora fornecerá protocolo contendo a identificação da proposta recebida, bem como a data e o horário do seu recebimento.

11.9. Recebida a Proposta de Contratação, acompanhada dos documentos necessários à análise do risco e, quando aplicável, do comprovante de pagamento do prêmio, terá início o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para manifestação da Seguradora, permanecendo vigente a cobertura condicional durante esse período.

11.10. A ausência de manifestação da Seguradora dentro do prazo previsto caracterizará a aceitação tácita da proposta.

11.11. Durante o prazo de análise, a Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares indispensáveis à avaliação do risco, hipótese em que o prazo ficará suspenso até a entrega da documentação solicitada.

11.12. Em caso de recusa da proposta, a Seguradora comunicará formalmente o Proponente, apresentando a devida justificativa e promoverá a restituição dos valores eventualmente pagos, observadas as disposições contratuais e legais aplicáveis.

11.13. Em caso de recusa após o adiantamento de prêmio, a restituição será realizada no prazo máximo de 30 (trinta) dias, deduzida, quando cabível, da parcela correspondente ao período em que houve cobertura condicional, calculada **pro rata temporis**.

11.14. Na inclusão de menores de 14 (quatorze) anos, somente poderão ser contratadas coberturas destinadas ao reembolso de despesas com funeral, observada a legislação vigente e as disposições destas Condições Gerais.

11.15. O Segurado poderá comunicar à Seguradora qualquer redução relevante e duradoura do risco coberto, mediante apresentação da documentação comprobatória, para fins de revisão proporcional do prêmio.

11.16. Constatada a efetiva redução do risco, a Seguradora promoverá a revisão do prêmio, aplicando a redução proporcional ao período remanescente de vigência da cobertura, ressalvados os custos de contratação já incorridos.

11.17. Caso a proposta de alteração contratual em razão do agravamento do risco resulte em aumento do prêmio superior a 10% (dez por cento), o Segurado poderá recusar a alteração e optar pelo cancelamento do seguro, observado o prazo e as condições previstos nestas Condições Gerais.

11.18. A Seguradora manterá a Apólice, o Contrato e estas Condições Gerais íntegros e disponíveis ao Estipulante e aos Segurados durante toda a vigência do seguro.

11.19. O interesse legítimo do Estipulante sobre a vida ou a integridade física do Segurado deverá decorrer de vínculo lícito e comprovável, apto a justificar a contratação do seguro, nos termos da legislação aplicável.

12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

12.1. A Apólice, os Certificados Individuais e os Endossos terão início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas neles indicadas, observado o disposto na regulamentação vigente.

12.2. Quando houver alteração dos parâmetros inicialmente contratados que implique modificação do Capital Segurado Individual, os efeitos da alteração terão início às 24 (vinte e quatro) horas da data da respectiva alteração, observado o disposto nestas Condições Gerais.

12.3. Nos contratos em que a Proposta de Contratação for recepcionada sem adiantamento de prêmio, a cobertura terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta pela Seguradora, ou em outra data expressamente acordada entre as partes.

12.4. Nos contratos em que houver adiantamento de prêmio, a cobertura terá início na data de recebimento da proposta pela Seguradora, observado o disposto nestas Condições Gerais.

12.5. O recebimento de qualquer valor a título de prêmio antes da manifestação formal da Seguradora não implica aceitação definitiva do risco, permanecendo aplicáveis as regras relativas à cobertura condicional e à eventual recusa da proposta.

12.6. Este seguro é contratado por prazo determinado, com vigência de 12 (doze) meses.

12.7. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessará automaticamente ao término da vigência da Apólice, caso essa não seja renovada.

12.8. A renovação automática poderá ocorrer uma única vez, por igual período. As renovações posteriores dependerão de manifestação expressa do Estipulante.

12.9. Qualquer alteração da Apólice, na renovação ou durante sua vigência, que implique aumento de ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos dependerá de endosso e da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

12.10. A Seguradora ou o Estipulante poderão manifestar o desinteresse na renovação da Apólice mediante comunicação expressa, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do término da vigência.

12.11. Na hipótese de a Seguradora optar pela não renovação da Apólice, deverá comunicar previamente essa decisão ao Estipulante e aos Segurados, observado o prazo previsto no item anterior.

13. CAPITAL SEGURADO GLOBAL

13.1 O seguro de pessoas com Capital Segurado Global é uma modalidade de contratação coletiva em que o valor do Capital Segurado Individual de cada Segurado poderá variar conforme alterações na composição do grupo segurado.

13.2 O Estipulante poderá definir o valor do Capital Segurado Global, observados os limites técnicos estabelecidos pela Seguradora. O Capital Segurado Individual será apurado na data de ocorrência do evento coberto e corresponderá ao resultado da divisão do Capital Segurado Global pela quantidade de Segurados integrantes do grupo segurado na referida data.

13.3 Para fins de determinação da quantidade de Segurados integrantes do grupo segurado, a Seguradora considerará a relação GFIP completa ou, quando aplicável, os contratos de estágio atualizados, os atestados de matrícula atualizados ou outro documento oficial equivalente que permita comprovar a composição do grupo segurado.

13.4 Para fins de determinação do Capital Segurado aplicável ao sinistro, será considerada como data do evento:

- a)** Na cobertura de Morte: a data do falecimento do Segurado;
- b)** Nas demais coberturas contratadas: a data definida como evento coberto nas respectivas Condições Gerais da cobertura contratada.

13.5 Nos casos de pagamento de indenização decorrente de Invalidez Parcial, o Capital Segurado da respectiva cobertura será automaticamente reintegrado após cada evento indenizado, conforme condições estabelecidas neste seguro.

13.6 Para apuração do Capital Segurado Individual, o Estipulante deverá apresentar à Seguradora a relação de Segurados vigente no mês de ocorrência do evento coberto, conforme documentação prevista no item 9 destas Condições Gerais.

13.7 Caso a quantidade de Segurados seja alterada durante a vigência do seguro em razão de admissões, desligamentos, exclusões ou outras movimentações do grupo segurado, o Capital Segurado Individual será automaticamente recalculado, considerando-se a divisão do Capital Segurado Global pela nova quantidade de Segurados.

13.8 Caso o Estipulante deseje restabelecer os valores inicialmente contratados para o Capital Segurado Individual, deverá solicitar a alteração contratual mediante emissão de endosso, conforme os procedimentos estabelecidos pela Seguradora.

13.9 O presente seguro possui característica não contributária, sendo o custeio integral do prêmio de responsabilidade exclusiva do Estipulante. Dessa forma, não haverá participação financeira dos Segurados no pagamento do prêmio.

13.10 Todos os valores previstos neste seguro serão expressos em moeda corrente nacional, sendo vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

14.1 Os Capitais Segurados e os respectivos prêmios serão atualizados monetariamente na data de renovação do seguro, pela variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou por outro índice que venha a substituí-lo, considerando o período dos 12 (doze) meses anteriores ao mês da renovação.

14.2 Nos seguros com vigência igual ou inferior a 1 (um) ano, não haverá atualização monetária dos Capitais Segurados e dos respectivos prêmios durante a vigência contratada.

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, sendo este seguro estruturado na modalidade não contributária.

15.2 Na modalidade não contributária, o custeio do seguro será integralmente suportado pelo Estipulante, não sendo devida qualquer cobrança direta ou indireta de prêmio aos Segurados.

15.3 O valor do prêmio será estabelecido no Contrato e poderá ser reajustado nas mesmas condições e periodicidade aplicáveis ao Capital Segurado, conforme os índices e critérios previstos nestas Condições Gerais.

15.4 O pagamento do prêmio será realizado pelo Estipulante, por meio de boleto bancário, ficha de compensação, débito em conta ou outra forma de pagamento definida no Contrato.

15.5 A cobrança do prêmio, seja realizada de forma única ou fracionada, será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, contendo, no mínimo:

a) identificação do Estipulante;

b) valor do prêmio;

- c) data de emissão;
- d) número da Apólice;
- e) data limite para pagamento.

15.6 A periodicidade de pagamento do prêmio será definida na Proposta de Contratação e constará na Apólice, podendo ser estabelecida conforme as condições contratadas.

15.7 O documento de cobrança será encaminhado pela Seguradora ao Estipulante ou ao seu representante legal, podendo ser enviado ao corretor de seguros mediante solicitação expressa do Estipulante.

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

15.9 Iniciada a vigência da cobertura, caso o sinistro ocorra durante o prazo concedido para pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, o direito à indenização não ficará prejudicado, desde que observado o prazo contratualmente estabelecido para pagamento.

15.10 Na hipótese de inadimplemento de qualquer parcela do prêmio posterior à primeira, a Seguradora notificará o Estipulante para regularização do débito, concedendo prazo de 15 (quinze) dias para pagamento dos valores pendentes.

15.11 Caso o pagamento não seja realizado dentro do prazo estabelecido na notificação, a cobertura do seguro poderá ser suspensa a partir do primeiro dia subsequente ao término do prazo concedido, permanecendo suspensa até a regularização do pagamento.

15.12 Durante o período de suspensão da cobertura, não haverá cobertura para eventos ocorridos nesse intervalo, permanecendo o Estipulante responsável pelos prêmios devidos referentes ao período anterior à suspensão.

15.13 Persistindo a inadimplência, o Contrato poderá ser cancelado após decorridos 90 (noventa) dias contados da data da última notificação encaminhada ao Estipulante, observados os procedimentos previstos nestas Condições Gerais e na legislação aplicável.

15.14 Nos casos de fracionamento do prêmio em periodicidade diferente da mensal, poderão ser estabelecidas condições específicas de pagamento e manutenção da vigência da cobertura, conforme previsto no Contrato e na legislação vigente.

15.15 Caso o pagamento do prêmio seja realizado de forma fracionada, a falta de pagamento de qualquer parcela subsequente à primeira poderá ocasionar a suspensão da cobertura, conforme disposto nestas Condições Gerais.

15.16 A Seguradora comunicará ao Estipulante, por escrito, eventual alteração do prazo de vigência ou suspensão da cobertura decorrente da falta de pagamento do prêmio.

15.17 Caso haja regularização do pagamento dos valores pendentes dentro do prazo estabelecido pela Seguradora, acrescidos dos encargos previstos contratualmente, a cobertura poderá ser restabelecida conforme as condições previstas na Apólice.

15.18 Em caso de atraso no pagamento do prêmio, os valores devidos serão atualizados monetariamente pelo índice previsto nestas Condições Gerais, acrescidos de juros de mora de 12% (doze por cento) ao ano, calculados pro rata até a data do efetivo pagamento.

15.19 É vedado ao Estipulante e/ou Sub estipulante cobrar dos Segurados qualquer valor superior ao destinado ao custeio do seguro, bem como cobrar taxa de inscrição, intermediação ou qualquer outro valor relacionado ao seguro.

15.20 Caso o Estipulante e/ou Sub 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, no documento de cobrança, o valor correspondente ao prêmio do seguro.

15.21 Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem suspensão da cobertura.

15.22 Os prêmios poderão ser reavaliados anualmente na renovação da Apólice, conforme critérios técnicos estabelecidos na Nota Técnica Atuarial deste seguro.

15.23 Este seguro está estruturado sob o regime financeiro de repartição simples e, em razão de sua natureza, não há constituição de reserva individual, não sendo devido resgate ou devolução dos prêmios pagos ao Segurado, beneficiário, estipulante ou Sub estipulante, exceto nas hipóteses expressamente previstas nestas Condições Gerais ou na legislação aplicável.

15.24 Os tributos incidentes sobre o seguro serão pagos pelo responsável definido na legislação vigente.

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

15.26 A delegação da cobrança dos prêmios ao Estipulante poderá ser revogada pela Seguradora mediante comunicação formal.

15.27 Caso o Estipulante faça jus a qualquer remuneração relacionada ao seguro, inclusive a título de pró-labore, seu valor deverá estar previsto no Contrato.

16. PRAZO DE TOLERÂNCIA DO SEGURO

16.1 O prazo de tolerância previsto neste item aplica-se exclusivamente aos seguros cujo pagamento do prêmio seja realizado na periodicidade mensal.

16.2 Caso o prêmio não seja pago até a data de vencimento estabelecida, será concedido prazo de tolerância de 30 (trinta) dias, contados a partir do primeiro dia subsequente ao vencimento da parcela.

16.3 Durante o prazo de tolerância, permanecerão vigentes as coberturas contratadas, ficando a Seguradora autorizada a cobrar o prêmio devido, acrescido dos encargos previstos nestas Condições Gerais, ou realizar o desconto do valor correspondente da indenização, quando aplicável.

16.4 Após o término do prazo de tolerância sem a regularização do pagamento, serão aplicadas as regras de suspensão e cancelamento previstas no item 15 destas Condições Gerais.

16.5 Sobre os prêmios pagos em atraso incidirão atualização monetária pelo índice previsto nestas Condições Gerais e juros de mora de 12% (doze por cento) ao ano, calculados pro rata até a data do efetivo pagamento.

17. CANCELAMENTO DO SEGURO

17.1 O cancelamento do seguro poderá ocorrer nas seguintes situações:

- a)** por solicitação formal do Estipulante, observadas as condições previstas no Contrato e na legislação aplicável;
- b)** pelo término da vigência da Apólice, quando não houver renovação contratual;
- c)** quando houver acordo entre a Seguradora e o Estipulante;
- d)** pela falta de pagamento dos prêmios, observadas as regras previstas no item 15 destas Condições Gerais;
- e)** quando o Estipulante, segurado, beneficiário, seus representantes ou prepostos praticarem atos incompatíveis com os deveres de lealdade e boa-fé objetiva, incluindo dolo, fraude ou culpa grave durante a contratação ou vigência do seguro;
- f)** pela inobservância das obrigações previstas no Contrato de Seguro e nestas Condições Gerais;
- g)** pelo desaparecimento do vínculo que originou a contratação coletiva, quando aplicável, observadas as condições previstas no Contrato.

17.2 A Apólice poderá ser cancelada:

- a)** a qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante;
- b)** quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com os deveres de lealdade e boa-fé objetiva ou agir com dolo, fraude ou culpa grave durante a contratação ou vigência do seguro;
- c)** quando houver atraso no pagamento dos prêmios, observado o disposto no item 15 destas Condições Gerais.

17.3 Nos casos de cancelamento da Apólice por iniciativa do Estipulante ou por acordo entre as partes, a Seguradora poderá reter o prêmio correspondente ao período de cobertura já decorrido, observadas as condições previstas no Contrato e na legislação aplicável.

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

18. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL DOS SEGURADOS

18.1 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual de cada Segurado cessará nas seguintes situações:

- a)** pelo término da vigência da Apólice, caso não haja renovação contratual;
- b)** pelo cancelamento da Apólice;
- c)** pela perda do vínculo entre o Segurado e o Estipulante que originou sua inclusão no grupo segurado, salvo se houver previsão contratual de manutenção da cobertura;
- d)** mediante solicitação formal de exclusão do Segurado;
- e)** pela falta de pagamento do prêmio, observadas as regras previstas nestas Condições Gerais.

18.2 A cobertura individual também poderá cessar em decorrência de alteração ou agravamento do risco, observadas as disposições específicas previstas nestas Condições Gerais e na legislação aplicável.

18.3 Nos casos em que a Seguradora identificar alteração ou agravamento do risco que implique necessidade de cancelamento da cobertura, deverá comunicar sua decisão ao Estipulante, observados os prazos e procedimentos previstos na legislação vigente.

18.4 Caso o cancelamento da cobertura decorra de alteração de risco e resulte em diferença de prêmio em favor do Segurado ou Estipulante, o valor correspondente será restituído proporcionalmente ao período de cobertura não utilizado, atualizado monetariamente pelo índice previsto nestas Condições Gerais até a data do efetivo pagamento.

18.5 A cobertura individual do Segurado cessará ainda quando ocorrer o pagamento integral do Capital Segurado previsto para cobertura que, conforme estabelecido no Contrato e nas respectivas Condições Gerais, determine o encerramento da cobertura.

18.6 Caso ocorra a perda do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, o Segurado poderá permanecer no seguro, desde que haja previsão contratual e concordância entre as partes, assumindo, quando aplicável, o custeio integral da cobertura.

18.7 A cobertura dos Segurados Dependentes, quando contratada, cessará:

- a)** pelo cancelamento da respectiva cobertura suplementar;
- b)** pela cessação da cobertura do Segurado Principal;
- c)** pela perda da condição de dependente prevista no Contrato;
- d)** mediante solicitação do Segurado Principal.

19. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

19.1 O Segurado ou seus Beneficiários perderão o direito à indenização quando ficar comprovado que, por ato próprio, de seus representantes legais, corretor de seguros ou prepostos:

- a)** agravarem intencionalmente o risco coberto;
- b)** deixarem de cumprir as obrigações previstas no Contrato de Seguro e nestas Condições Gerais;
- c)** praticarem fraude, tentativa de fraude, simulação ou provocação intencional do sinistro, bem como agravarem suas consequências de forma deliberada.

19.2 Caso o Segurado, estipulante, beneficiário, seus representantes legais, corretor de seguros ou prepostos prestem declarações incorretas, inexatas ou omitam informações relevantes que possam influenciar a aceitação do risco ou a definição do prêmio, serão aplicadas as consequências previstas neste capítulo, conforme comprovada a existência ou não de má-fé.

19.3 Quando a inexatidão ou omissão das informações não decorrer de má-fé, a Seguradora poderá:

I - Antes da ocorrência do sinistro:

- a)** cancelar o seguro, mediante retenção da parcela do prêmio correspondente ao período de cobertura já decorrido; ou
- b)** manter o seguro mediante acordo entre as partes, cobrando a diferença de prêmio correspondente ou ajustando a cobertura contratada.

II - Após a ocorrência do sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

- a)** cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo a parcela do prêmio correspondente ao período de cobertura já decorrido, acrescida da diferença de prêmio eventualmente devida; ou
- b)** manter o seguro mediante acordo entre as partes, cobrando a diferença de prêmio cabível, deduzindo-a da indenização ou ajustando as coberturas futuras.

III - após a 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 eventualmente apurada.

19.4 O Segurado e o Estipulante deverão comunicar à Seguradora, assim que tiverem conhecimento, qualquer circunstância que possa agravar ou modificar o risco coberto, sob pena de perda do direito à indenização quando comprovada a omissão dolosa.

19.5 Recebida a comunicação de agravamento do risco, a Seguradora poderá, no prazo previsto na legislação aplicável, comunicar ao Segurado ou Estipulante sua decisão de cancelar o seguro, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio correspondente, mediante acordo entre as partes.

19.6 O cancelamento decorrente de agravamento do risco somente produzirá efeitos após a comunicação formal ao Segurado ou Estipulante, observado o prazo previsto na legislação aplicável, devendo eventual diferença de prêmio ser restituída proporcionalmente ao período de cobertura não utilizado, atualizada monetariamente pelo índice previsto nestas Condições Gerais.

19.7 O Segurado perderá o direito à indenização quando ficar comprovado que, por ação ou omissão dolosa, praticou ato que tenha causado ou agravado intencionalmente o sinistro, fraudado o processo de regulação, alterado deliberadamente vestígios ou informações relevantes para análise do evento, ou descumprido dolosamente o dever de cooperação necessário à apuração do sinistro.

19.8 Quando houver contratação de seguro sobre a vida ou integridade física de terceiro, a ausência de declaração do interesse segurável no momento da contratação, conforme previsto nestas Condições Gerais, poderá resultar na perda do direito à indenização e no cancelamento da respectiva cobertura, conforme legislação aplicável.

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

20.1. Em caso de sinistro, o Segurado, o Beneficiário ou seu representante deverá comunicá-lo à Seguradora tão logo tenha conhecimento do evento e apresentar os documentos previstos neste item que sejam pertinentes à cobertura reclamada e ao caso concreto.

20.1.1. A comunicação do sinistro deverá conter os elementos disponíveis que permitam identificar o Segurado, o evento ocorrido, a cobertura reclamada e o interessado no recebimento do capital segurado.

20.1.2. A execução dos procedimentos de regulação e liquidação do sinistro não implica, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagamento pela Seguradora.

20.2. Para fins de cálculo do capital segurado individual, serão considerados o capital segurado global vigente e a quantidade de segurados pertencentes ao grupo no mês da ocorrência do evento, de acordo com os critérios estabelecidos no item 3 destas Condições Gerais.

20.3. A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre a existência de cobertura, contado da data do recebimento do aviso de sinistro acompanhado dos documentos e elementos necessários à análise, expressamente previstos nestas Condições Gerais.

20.4. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar documentos ou informações complementares, desde que sejam pertinentes à análise do sinistro e possam ser apresentados pelo interessado.

20.4.1. A solicitação deverá ser realizada de forma fundamentada, com indicação da finalidade dos documentos ou das informações requeridas.

20.4.2. A solicitação de documentos complementares suspenderá o prazo previsto no item 20.3, observados os limites estabelecidos na legislação vigente. O prazo voltará a correr no primeiro dia útil subsequente ao atendimento da solicitação.

20.5. A eventual recusa de cobertura será comunicada ao interessado de forma expressa e fundamentada, dentro do prazo previsto no item 20.3.

20.6. Reconhecida a cobertura, a Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar o capital segurado, contado da data do reconhecimento, desde que tenham sido apresentados os documentos necessários à identificação do interessado e à quantificação do valor devido.

20.6.1. Quando forem necessários documentos ou informações complementares para a quantificação do capital segurado, a Seguradora poderá solicitá-los de forma justificada, desde que sejam pertinentes e possam ser apresentados pelo interessado.

20.6.2. Nos seguros sobre a vida e a integridade física, o prazo previsto no item 20.6 poderá ser suspenso uma única vez em razão da solicitação de documentos complementares, voltando a correr no primeiro dia útil subsequente ao atendimento da solicitação.

20.7. Para identificar o Beneficiário ou comprovar sua legitimidade para o recebimento do capital segurado, a Seguradora poderá solicitar os documentos pertinentes ao caso concreto, observados os critérios e prazos previstos neste item.

20.8. Caso existam valores incontroversos ou parcelas já apuradas durante a regulação do sinistro, a Seguradora efetuará os respectivos adiantamentos no prazo legal, por conta do pagamento final.

20.9. Não realizado o pagamento no prazo devido, incidirão sobre o valor do capital segurado:

- a)** multa de 2% (dois por cento);
- b)** atualização monetária pelo índice previsto nestas Condições Gerais; e
- c)** juros legais, contados da data em que o pagamento deveria ter sido realizado.

20.9.1. A multa, a atualização monetária e os juros serão pagos independentemente de notificação ou interpelação judicial, juntamente com o capital segurado.

20.10. Havendo divergência sobre a causa, a natureza ou a extensão das lesões, ou sobre a avaliação da incapacidade ou invalidez do Segurado, a Seguradora deverá propor formalmente ao Segurado, no prazo de 15 (quinze) dias contado da data da contestação, a constituição de junta médica.

20.10.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, com função de desempate, escolhido pelos dois primeiros.

20.10.2. Cada parte será responsável pelos honorários do médico que indicar. Os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

20.10.3. A junta médica deverá ser constituída no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contado da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

20.11. A concessão de aposentadoria por invalidez por instituição oficial de previdência ou entidade assemelhada não caracteriza, por si só, a invalidez coberta pelo seguro.

20.11.1. A invalidez deverá ser comprovada por declaração médica e pelos demais elementos clínicos pertinentes, observados os critérios da cobertura contratada.

20.12. Quando o interessado for incapaz ou estiver legalmente impedido de receber diretamente o capital segurado, o pagamento será efetuado ao seu representante legal, mediante comprovação da regularidade da representação, observada a legislação vigente.

20.13. As despesas de tradução de documentos necessárias à regulação ou à liquidação do sinistro correrão por conta da Seguradora, ressalvadas as despesas relativas aos documentos ordinariamente em poder do interessado e à comprovação de sua identificação e legitimidade.

20.14. Os prazos prescricionais serão aqueles previstos na legislação vigente.

Documentos para Morte:

20.15. Em caso de Morte (MO), deverão ser apresentados os seguintes documentos, conforme aplicáveis ao caso concreto:

- a)** aviso de sinistro preenchido e assinado pelo Beneficiário ou por seu representante legal, contendo as informações necessárias à análise do evento;
- b)** certidão de óbito do Segurado;
- c)** documento oficial de identificação e CPF do Segurado;
- d)** documento que comprove o vínculo do Segurado com o Estipulante ou com o grupo segurado no mês da ocorrência do evento, quando necessário à confirmação de sua inclusão no seguro;
- e)** documentos médicos relacionados à causa da morte, quando pertinentes à cobertura reclamada e disponíveis ao interessado; e
- f)** outros documentos expressamente previstos para a cobertura contratada, desde que pertinentes ao caso concreto.

20.15.1. Documentos do Beneficiário indicado pelo Segurado:

- a)** documento oficial de identificação;
- b)** CPF;
- c)** comprovante de residência atualizado ou declaração de residência; e
- d)** dados bancários de conta de titularidade do Beneficiário, quando necessários ao pagamento.

20.15.1.1. Quando o Beneficiário estiver regularmente indicado pelo Segurado, não será exigida comprovação de vínculo conjugal, de união estável ou de parentesco, salvo quando necessária à confirmação de sua identidade ou diante de divergência objetiva nas informações apresentadas.

20.15.2. Beneficiário menor de idade ou incapaz:

Além dos documentos previstos no item 20.15.1, deverão ser apresentados os documentos que comprovem a identificação e os poderes de seu representante legal.

20.15.3. Na ausência de Beneficiário indicado:

O capital segurado será pago às pessoas legitimadas pela legislação vigente, mediante apresentação, conforme o caso, dos seguintes documentos:

- a)** documento oficial de identificação e CPF de cada interessado;
- b)** certidão de casamento ou documento que comprove a união estável existente na data do falecimento, quando aplicável;
- c)** certidão de nascimento ou outro documento que comprove o vínculo de filiação, quando aplicável;
- d)** declaração dos interessados sobre a existência de outros possíveis beneficiários legais; e
- e)** outros documentos necessários à comprovação da legitimidade para o recebimento do capital segurado, desde que solicitados de forma fundamentada.

20.15.4. Os documentos poderão ser apresentados em meio físico ou eletrônico. A Seguradora poderá solicitar a apresentação do original, de cópia autenticada ou de mecanismo equivalente de validação somente quando houver dúvida fundada quanto à autenticidade ou à integridade do documento.

20.16. Em caso de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA):

Além dos documentos previstos no item 20.15, poderão ser solicitados, conforme as circunstâncias do evento e desde que existentes, pertinentes e acessíveis ao interessado:

- a)** Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente emitido pela autoridade competente, quando houver registro da ocorrência;
- b)** Laudo de Exame Necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal — IML, quando o exame tiver sido realizado;
- c)** Carteira Nacional de Habilitação — CNH do Segurado, quando ele for o condutor do veículo envolvido no acidente e o documento for pertinente à análise do sinistro;
- d)** laudos dos exames toxicológico e de alcoolemia, quando tiverem sido realizados; e
- e)** outros documentos oficiais relacionados às circunstâncias e à causa do acidente, desde que solicitados de forma fundamentada pela Seguradora e possam ser apresentados pelo interessado.

20.16.1. Documentos dos Beneficiários:

Para identificação e comprovação da legitimidade dos Beneficiários, deverão ser apresentados, conforme o caso, os documentos previstos nos itens 20.15.1 a 20.15.3 destas Condições Gerais.

20.16.2. A análise e o pagamento do capital segurado não ficarão condicionados à instauração ou à conclusão de inquérito policial, sem prejuízo da apresentação dos documentos já produzidos pelas autoridades competentes e pertinentes à regulação do sinistro.

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

Deverão ser apresentados, conforme aplicáveis ao caso concreto:

- a)** aviso de sinistro preenchido e assinado pelo Segurado ou por seu representante legal;
- b)** documento que comprove o vínculo do Segurado com o Estipulante ou com o grupo segurado no mês da ocorrência do acidente, quando necessário à confirmação de sua inclusão no seguro;
- c)** documento oficial de identificação, CPF e comprovante ou declaração de residência do Segurado;
- d)** Comunicação de Acidente de Trabalho — CAT, quando se tratar de acidente de trabalho e o documento tiver sido emitido;
- e)** relatório ou declaração do médico assistente, contendo, quando aplicável:
 - I** – a data do acidente;
 - II** – o diagnóstico e os tratamentos realizados;
 - III** – a descrição das lesões e dos órgãos ou membros atingidos;
 - IV** – a data da alta médica ou da consolidação das lesões;
 - V** – a descrição das sequelas permanentes; e
 - VI** – a extensão da perda ou redução funcional constatada;
- f)** resultados dos exames médicos pertinentes à comprovação das lesões e das sequelas permanentes;
- g)** Boletim de Ocorrência Policial ou documento equivalente emitido pela autoridade competente, quando houver registro da ocorrência;
- h)** Carteira Nacional de Habilitação — CNH do Segurado, quando ele for o condutor do veículo envolvido no acidente e o documento for pertinente à análise do sinistro;
- i)** laudos dos exames toxicológico e de alcoolemia, quando tiverem sido realizados; e
- j)** documentos que comprovem a identificação e os poderes do representante legal, quando o Segurado estiver legalmente representado.

20.17.1. A invalidez permanente deverá ser comprovada após a conclusão do tratamento indicado ou a consolidação das lesões, quando for possível determinar o caráter permanente e a extensão da perda ou redução funcional.

20.17.2. A ausência de alta médica formal não impedirá a análise do sinistro quando os documentos médicos apresentados permitirem comprovar a consolidação das lesões e o caráter permanente da invalidez.

20.17.3. O grau de invalidez será apurado pela Seguradora conforme a extensão da perda ou redução funcional comprovada e os critérios e percentuais estabelecidos para a cobertura contratada.

20.17.4. Havendo divergência sobre a causa, a natureza ou a extensão das lesões, ou sobre o grau da invalidez, será observado o procedimento de junta médica previsto no item 20.10 destas Condições Gerais.

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

Deverão ser apresentados, conforme aplicáveis ao caso concreto:

- a)** aviso de sinistro preenchido e assinado pelo Segurado ou por seu representante legal;
- b)** documento que comprove o vínculo do Segurado com o Estipulante ou com o grupo segurado na data de caracterização do evento, quando necessário à confirmação de sua inclusão no seguro;
- c)** documento oficial de identificação, CPF e comprovante ou declaração de residência do Segurado;
- d)** relatório detalhado do médico assistente, contendo, quando aplicável:

- I** – a identificação da doença e a data em que foi diagnosticada;
- II** – o histórico e a evolução do quadro clínico;
- III** – os tratamentos realizados ou indicados;
- IV** – as disfunções ou insuficiências permanentes dos sistemas orgânicos ou corporais afetados;
- V** – a descrição das perdas funcionais apresentadas pelo Segurado;
- VI** – a caracterização da irreversibilidade do quadro clínico;
- VII** – a data em que ficou caracterizada a invalidez funcional permanente total; e
- VIII** – a indicação dos critérios médicos utilizados para o enquadramento do quadro;

- e)** resultados dos exames, prontuários e boletins médicos pertinentes à comprovação da doença, da perda funcional e da irreversibilidade do quadro clínico;

- f)** laudo emitido por médico legalmente habilitado, preferencialmente especialista na área relacionada à doença, quando necessário à caracterização da invalidez funcional permanente total;
- g)** carta de concessão de aposentadoria por invalidez ou documento equivalente emitido pelo órgão oficial de previdência, caso o benefício tenha sido concedido e o documento esteja disponível; e
- h)** documentos que comprovem a identificação e os poderes do representante legal, quando o Segurado estiver legalmente representado.

20.18.1. A concessão de aposentadoria por invalidez por instituição oficial de previdência ou entidade assemelhada não caracteriza, por si só, a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

20.18.2. A ausência de concessão de aposentadoria por invalidez não impedirá o reconhecimento da cobertura quando a invalidez funcional permanente total estiver comprovada pelos documentos médicos apresentados e atender aos critérios estabelecidos nestas Condições Gerais.

20.18.3. A caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença observará os critérios previstos na respectiva cobertura, especialmente quanto à irreversibilidade do quadro clínico e à perda da existência independente do Segurado.

20.18.4. Havendo divergência sobre a causa, a natureza ou a extensão da perda funcional, será observado o procedimento de junta médica previsto no item 20.10 destas Condições Gerais.

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

Deverão ser apresentados, conforme aplicáveis ao caso concreto:

- a)** aviso de sinistro preenchido e assinado pelo Segurado ou por seu representante legal;
- b)** documento que comprove o vínculo do Segurado com o Estipulante ou com o grupo segurado na data de caracterização do evento, quando necessário à confirmação de sua inclusão no seguro;
- c)** documento oficial de identificação, CPF e comprovante ou declaração de residência do Segurado;
- d)** relatório detalhado do médico assistente, contendo, quando aplicável:

- I** – a identificação da doença e a data do diagnóstico;
- II** – o histórico e a evolução do quadro clínico;
- III** – os tratamentos realizados ou indicados;
- IV** – as disfunções ou insuficiências permanentes dos sistemas orgânicos ou corporais afetados;
- V** – a descrição das perdas funcionais apresentadas pelo Segurado;
- VI** – a caracterização da irreversibilidade do quadro clínico; e
- VII** – a data em que ficou caracterizada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;

- e)** resultados dos exames, prontuários e boletins médicos pertinentes à comprovação da doença, da perda funcional e da irreversibilidade do quadro clínico;
- f)** laudo emitido por médico legalmente habilitado, preferencialmente especialista na área relacionada à doença, quando necessário à caracterização da invalidez;
- g)** carta de concessão de aposentadoria por invalidez ou documento equivalente emitido pelo órgão oficial de previdência, caso o benefício tenha sido concedido e o documento esteja disponível; e
- h)** documentos que comprovem a identificação e os poderes do representante legal, quando o Segurado estiver legalmente representado.

20.18.1. A concessão de aposentadoria por invalidez por instituição oficial de previdência ou entidade assemelhada não caracteriza, por si só, a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

20.18.2. A ausência de concessão de aposentadoria por invalidez não impedirá o reconhecimento da cobertura quando a invalidez estiver comprovada pelos documentos médicos apresentados e atender aos critérios estabelecidos nestas Condições Gerais.

20.18.3. A caracterização da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença observará os critérios previstos na respectiva cobertura, especialmente quanto à irreversibilidade do quadro clínico e à perda da existência independente do Segurado.

20.18.4. Havendo divergência sobre a causa, a natureza ou a extensão da perda funcional, será observado o procedimento de junta médica previsto no item 20.10 destas Condições Gerais.

20.19. Em caso de Invalidez Permanente Total por Doença Profissional (IPTDP):

Deverão ser apresentados, conforme aplicáveis ao caso concreto:

- a)** aviso de sinistro preenchido e assinado pelo Segurado ou por seu representante legal;

b) relatório detalhado do médico assistente, contendo, quando aplicável:

- I** – o diagnóstico da doença profissional e a data em que foi estabelecido;
- II** – o histórico e a evolução do quadro clínico;
- III** – os tratamentos realizados ou indicados;
- IV** – o prognóstico e a informação sobre a irreversibilidade do quadro;
- V** – as limitações funcionais apresentadas pelo Segurado;
- VI** – a justificativa médica para a caracterização da invalidez como permanente e total; e
- VII** – a data em que a invalidez ficou caracterizada;

c) laudos e resultados dos exames clínicos, laboratoriais e de imagem pertinentes à comprovação da doença e da invalidez;

d) documentos que demonstrem o exercício da atividade profissional e, quando aplicável, o nexo entre a doença e a atividade exercida, tais como:

- I** – Comunicação de Acidente de Trabalho — CAT;
- II** – Perfil Profissiográfico Previdenciário — PPP;
- III** – Laudo Técnico das Condições Ambientais do Trabalho — LTCAT;
- IV** – Atestado de Saúde Ocupacional — ASO; ou
- V** – outros documentos médicos, técnicos ou ocupacionais pertinentes;

e) carta de concessão de auxílio por incapacidade temporária, aposentadoria por incapacidade permanente ou benefício equivalente, caso tenha sido concedido pelo órgão oficial de previdência e o documento esteja disponível;

f) documento oficial de identificação, CPF e comprovante ou declaração de residência do Segurado;

g) documento que comprove o vínculo do Segurado com o Estipulante ou com o grupo segurado na data de caracterização do evento, quando necessário à confirmação de sua inclusão no seguro;

h) ficha de registro do empregado, contrato de trabalho, contrato de prestação de serviços ou outro documento que comprove a atividade profissional exercida, conforme o tipo de vínculo;

i) comprovantes de remuneração, exclusivamente quando necessários para a determinação do capital segurado ou do valor devido, conforme o critério estabelecido no contrato; e

j) dados bancários ou formulário para crédito do capital segurado, após o reconhecimento da cobertura.

20.19.1. A Invalidez Permanente Total por Doença Profissional deverá ser comprovada por documentos médicos que demonstrem o caráter total e permanente da incapacidade e por elementos que comprovem, quando exigido pela definição da cobertura, o nexo entre a doença e a atividade profissional exercida pelo Segurado.

20.19.2. A concessão de benefício por incapacidade ou de aposentadoria por instituição oficial de previdência ou entidade assemelhada não caracteriza, por si só, a Invalidez Permanente Total por Doença Profissional.

20.19.3. A ausência de concessão de benefício previdenciário não impedirá o reconhecimento da cobertura quando a invalidez e sua natureza profissional estiverem comprovadas e forem atendidos os critérios estabelecidos nestas Condições Gerais.

20.19.4. Não será exigida a realização de tratamento médico ou procedimento cirúrgico que imponha risco à vida ou à integridade física do Segurado como condição para a caracterização da invalidez.

20.19.5. Havendo divergência sobre o diagnóstico, o nexo profissional, a extensão da incapacidade ou seu caráter permanente, será observado o procedimento de junta médica previsto no item 20.10 destas Condições Gerais.

20.19.6. A análise da cobertura e o pagamento do capital segurado observarão os procedimentos e os prazos previstos nos itens 20.3 a 20.9 destas Condições Gerais.

20.20. Em caso de Verbas Rescisórias (VR):

Para a análise da cobertura, deverão ser apresentados os documentos necessários à comprovação da morte do Segurado, do seu vínculo com o Estipulante e, quando aplicável, dos valores das verbas rescisórias devidas.

Deverão ser apresentados, conforme aplicáveis ao caso concreto:

- a)** aviso de sinistro preenchido e assinado pelo Estipulante ou por seu representante;
- b)** certidão de óbito do Segurado;
- c)** documento oficial de identificação e CPF do Segurado;
- d)** ficha de registro do empregado, contrato de trabalho ou outro documento que comprove o vínculo do Segurado com o Estipulante na data do falecimento;
- e)** comprovantes de remuneração dos 3 (três) meses anteriores ao falecimento, exclusivamente quando necessários para o cálculo das verbas rescisórias ou do capital segurado;
- f)** Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho — TRCT ou documento equivalente, quando emitido;

- g)** memória discriminada do cálculo das verbas rescisórias devidas em razão do falecimento do Segurado;
- h)** comprovantes do pagamento das verbas rescisórias, quando a cobertura estiver estruturada sob a forma de reembolso;
- i)** declaração ou relatório do médico assistente sobre a causa da morte, quando a informação não constar suficientemente da certidão de óbito ou for necessária à análise da cobertura;
- j)** Boletim de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho — CAT, termo circunstanciado ou documento equivalente, quando o falecimento decorrer de acidente e esses documentos tiverem sido emitidos;
- k)** Carteira Nacional de Habilitação — CNH do Segurado, quando ele for o condutor do veículo envolvido no acidente e o documento for pertinente à análise; e
- l)** laudos dos exames de alcoolemia ou toxicológico, quando tiverem sido realizados.

20.20.1. A Seguradora poderá adotar as medidas necessárias à apuração do evento, desde que pertinentes, proporcionais e compatíveis com a legislação vigente.

20.20.2. As despesas relativas à regulação e à liquidação do sinistro correrão por conta da Seguradora, ressalvadas aquelas necessárias à apresentação dos documentos previamente relacionados nestas Condições Gerais, à identificação e à comprovação da legitimidade do interessado e aos documentos ordinariamente mantidos em seu poder.

20.20.3. Quando houver dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar documentos ou informações complementares, desde que sejam pertinentes à análise da cobertura ou à apuração do valor devido e possam ser apresentados pelo interessado.

20.20.4. A análise da cobertura e o pagamento do valor devido observarão os procedimentos e os prazos previstos nos itens 20.3 a 20.9 destas Condições Gerais.

20.21. Em caso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO):

Deverão ser apresentados, conforme aplicáveis ao caso concreto:

- a)** aviso de sinistro preenchido e assinado pelo Segurado ou por seu representante legal;
- b)** documento oficial de identificação e CPF do Segurado;
- c)** relatório do médico ou cirurgião-dentista assistente, contendo a data do acidente, a descrição das lesões, o diagnóstico e o tratamento realizado;
- d)** resultados dos exames pertinentes à comprovação das lesões e do tratamento realizado;

- e) notas fiscais, recibos ou documentos fiscais eletrônicos discriminando os serviços prestados e as despesas médicas, hospitalares e odontológicas incorridas; e
- f) comprovantes de pagamento das despesas cujo reembolso seja solicitado.

20.21.1. Somente serão reembolsadas as despesas comprovadamente realizadas pelo Segurado, decorrentes de acidente pessoal coberto e relacionadas ao tratamento indicado por profissional legalmente habilitado, observados o capital segurado e os demais critérios da cobertura.

20.21.2. A Seguradora poderá solicitar esclarecimentos ou documentos complementares quando houver dúvida fundada sobre a natureza, a realização ou o pagamento da despesa, observados os procedimentos previstos neste item.

20.22. Em caso de Auxílio Alimentação por Morte (AAMO):

Deverão ser apresentados:

- a) aviso de sinistro preenchido e assinado pelo Beneficiário ou por seu representante legal;
- b) certidão de óbito do Segurado;
- c) documento oficial de identificação e CPF do Segurado;
- d) documentos de identificação e de comprovação da legitimidade do Beneficiário, conforme os itens 20.15.1 a 20.15.3 destas Condições Gerais;
- e) comprovante ou declaração de residência do Beneficiário; e
- f) dados bancários de conta de titularidade do Beneficiário ou outra informação necessária à disponibilização do auxílio, após o reconhecimento da cobertura.

20.22.1. Quando a morte decorrer de acidente, poderão ser solicitados os documentos previstos no item 20.16, desde que existentes e pertinentes à análise da cobertura.

20.23. Em caso de Auxílio Funeral (AF):

Quando a cobertura estiver estruturada sob a forma de reembolso, o pagamento será efetuado à pessoa que comprovar ter realizado as despesas com o funeral do Segurado.

Deverão ser apresentados:

- a) aviso de sinistro preenchido e assinado pelo interessado ou por seu representante legal;
- b) certidão de óbito do Segurado;
- c) documento oficial de identificação e CPF do Segurado;

- d)** documento oficial de identificação, CPF e comprovante ou declaração de residência da pessoa que tiver realizado as despesas;
- e)** notas fiscais, recibos ou documentos fiscais eletrônicos que discriminem os serviços e as despesas funerárias realizadas; e
- f)** comprovantes do pagamento das despesas cujo reembolso seja solicitado.

20.23.1. O reembolso ficará limitado ao valor das despesas comprovadamente realizadas e ao capital segurado contratado para a cobertura, prevalecendo o menor valor.

20.23.2. Quando a morte decorrer de acidente, poderão ser solicitados os documentos previstos no item 20.16, desde que existentes e pertinentes à análise da cobertura.

20.23.3. Os documentos fiscais deverão identificar, sempre que possível, o prestador do serviço, a pessoa responsável pelo pagamento, o Segurado falecido, os serviços realizados e os respectivos valores.

21. FORMAS DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

21.1. Os capitais segurados e as indenizações previstos neste seguro serão pagos de uma só vez, em moeda corrente nacional, salvo quando outra forma de pagamento estiver expressamente prevista na respectiva cobertura.

21.2. O valor do capital segurado individual será apurado de acordo com o critério estabelecido no item 11 destas Condições Gerais, considerando o capital segurado global e a quantidade de Segurados pertencentes ao grupo no mês da ocorrência do evento.

21.3. O pagamento integral do capital segurado decorrente de morte ou de invalidez permanente total acarretará o encerramento das coberturas do respectivo Segurado e sua exclusão da apólice, observadas as regras específicas de cada cobertura.

21.3.1. O pagamento de reembolso de despesas, auxílio ou indenização parcial não acarretará, por si só, a exclusão do Segurado da apólice nem o encerramento das demais coberturas, salvo disposição expressa em contrário na respectiva cobertura.

21.3.2. No caso de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, o capital segurado da cobertura de IPA será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional, permanecendo o Segurado incluído na apólice durante o período de cobertura.

21.3.3. Se, após o pagamento de indenização por Invalidez Permanente por Acidente, ocorrer a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, o valor anteriormente pago pela invalidez será deduzido do capital segurado devido pela cobertura de morte acidental, quando contratada, observado o limite do respectivo capital segurado.

21.4. Nas coberturas de risco custeadas por prêmio único ou de periodicidade anual, os respectivos capitais segurados serão atualizados pelo índice de preços pactuado nestas Condições Gerais até a data de ocorrência do evento.

21.4.1. Nas coberturas com prêmio de periodicidade anual, a atualização será calculada a partir da data da última atualização do capital segurado.

21.4.2. Para fins de aplicação deste item, será considerada a data do evento definida para cada cobertura nestas Condições Gerais.

22. BENEFICIÁRIOS

22.1. É livre a indicação de Beneficiário nos seguros sobre a vida e a integridade física, observadas as restrições previstas em lei.

22.2. Salvo se tiver renunciado expressamente a essa faculdade, o Segurado poderá indicar ou substituir o Beneficiário a qualquer tempo, mediante comunicação expressa à Seguradora ou por declaração de última vontade.

22.2.1. A indicação ou substituição de Beneficiário deverá conter os elementos necessários à sua identificação.

22.2.2. A Seguradora que não tiver sido cientificada da substituição ficará exonerada de sua obrigação se, antes de tomar conhecimento da alteração, pagar o capital segurado ao Beneficiário anteriormente indicado.

22.3. Na ausência de indicação de Beneficiário ou quando a indicação realizada não prevalecer, o capital segurado será pago:

a) metade ao cônjuge, se houver; e

b) a outra metade aos demais herdeiros do Segurado, observada a ordem da vocação hereditária.

22.3.1. Se o Segurado estiver separado, ainda que de fato, a parcela que caberia ao cônjuge será paga ao companheiro, quando comprovada a união estável existente na data do falecimento.

22.3.2. Na ausência de Beneficiários indicados ou legais, o capital segurado será pago às pessoas que comprovarem que a morte do Segurado as privou dos meios necessários à subsistência.

22.4. A indicação de Beneficiário será considerada ineficaz quando o Beneficiário falecer antes do Segurado ou quando ocorrer comoriência, aplicando-se, nessa hipótese, a ordem de pagamento prevista no item 22.3.

22.5. Na hipótese de morte simultânea do Segurado Principal e do Segurado Dependente, sem possibilidade de determinar quem faleceu primeiro, os capitais segurados de cada cobertura serão pagos aos respectivos Beneficiários válidos ou, na ausência destes, aos Beneficiários legais de cada Segurado.

22.6. Em caso de Beneficiário menor de idade ou incapaz, o pagamento será realizado ao seu representante legal, mediante comprovação da regularidade da representação e observância da legislação vigente.

22.7. Para fins de pagamento, será considerada a última indicação ou alteração válida de Beneficiário realizada pelo Segurado antes da ocorrência do sinistro.

22.7.1. A indicação ou alteração não comunicada à Seguradora antes do pagamento produzirá os efeitos previstos no item 22.2.2.

22.8. Nas coberturas de invalidez, o próprio Segurado será o Beneficiário.

22.8.1. Na cobertura de morte do Segurado Dependente, o Segurado Principal será o Beneficiário, salvo indicação válida em contrário realizada pelo Segurado Dependente e observadas as condições de contratação da cobertura.

22.9. NATUREZA JURÍDICA DO CAPITAL SEGURADO

22.9.1. O capital segurado devido em razão da morte do Segurado não será considerado herança para nenhum efeito.

22.9.2. Os capitais segurados devidos em razão de morte ou perda da integridade física são impenhoráveis, conforme a legislação vigente.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1. Constituem obrigações do Estipulante, sem prejuízo de outras previstas na legislação e no contrato:

- a)** fornecer à Seguradora, de forma completa e verdadeira, as informações necessárias à análise e à aceitação do grupo segurável e à definição das condições do seguro, de acordo com os questionários e critérios previamente apresentados pela Seguradora;
- b)** fornecer e manter atualizados os dados cadastrais dos Segurados, as informações necessárias à administração da apólice e as alterações relevantes relativas ao grupo segurado;
- c)** informar à Seguradora, tão logo tenha conhecimento, alterações relevantes e continuadas na natureza do risco coberto, observadas as características do Seguro Vida Global e a legislação vigente;
- d)** manter os registros necessários à comprovação da inclusão e da permanência dos Segurados no grupo, bem como informar mensalmente à Seguradora a quantidade de integrantes utilizada para a apuração do capital segurado individual;
- e)** fornecer ao Segurado e ao Beneficiário, sempre que solicitado, as informações e os documentos relativos ao contrato de seguro que estejam sob sua responsabilidade;
- f)** repassar tempestivamente aos Segurados e aos Beneficiários as comunicações e os avisos relativos à apólice, quando for responsável por sua administração ou pelo encaminhamento dessas informações;
- g)** comunicar prontamente à Seguradora a ocorrência de sinistro de que tenha conhecimento, quando essa comunicação estiver sob sua responsabilidade, sem prejuízo do direito do Segurado ou do Beneficiário de realizar diretamente o aviso;
- h)** orientar os Segurados e os Beneficiários sobre os procedimentos para comunicação, regulação e liquidação de sinistros, inclusive quanto aos documentos e aos prazos previstos nestas Condições Gerais;
- i)** prestar assistência aos Segurados e aos Beneficiários durante a formação e a execução do contrato, orientando-os sobre seus direitos e deveres;
- j)** comunicar à SUSEP, pelos canais disponibilizados pela Autarquia, os procedimentos relativos ao seguro contratado que considerar irregulares;
- k)** fornecer à SUSEP, dentro do prazo estabelecido, as informações e os documentos que forem regularmente solicitados;
- l)** identificar, em qualquer material de divulgação ou publicidade do seguro, a razão social e, quando utilizado, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco;
- m)** informar, nos materiais de divulgação, documentos e comunicações referentes ao seguro, a existência de cosseguro, quando aplicável, identificando as sociedades seguradoras participantes e os respectivos percentuais de responsabilidade;

- n)** declarar, na proposta de contratação, que teve acesso prévio às condições contratuais do seguro e que está de acordo com seus termos;
- o)** pagar o prêmio do seguro no prazo e na forma estabelecidos no contrato, salvo disposição contratual expressa em contrário;
- p)** não cobrar dos Segurados qualquer parcela do prêmio, tendo em vista que o seguro estruturado com capital global não pode ser contributivo;
- q)** informar, de forma destacada, aos Segurados e aos Beneficiários os valores eventualmente recebidos pela prestação de serviços relacionados ao contrato coletivo;
- r)** tratar e compartilhar os dados pessoais dos Segurados e dos Beneficiários somente na medida necessária à contratação, à administração e à execução do seguro, adotando medidas adequadas de segurança e observando a legislação de proteção de dados pessoais; e
- s)** agir com lealdade e boa-fé, prestando informações completas e verdadeiras durante a formação e a execução do contrato.

23.2. O Estipulante representa os Segurados e os Beneficiários durante a formação e a execução do contrato, respondendo perante eles e a Seguradora por seus atos e omissões.

23.2.1. O Estipulante deverá cumprir as obrigações e os deveres decorrentes do contrato, ressalvados aqueles que, por sua natureza, devam ser cumpridos pessoalmente pelo Segurado ou pelo Beneficiário.

23.2.2. O Estipulante poderá substituir processualmente o Segurado ou o Beneficiário para exigir, em favor exclusivo destes, o cumprimento das obrigações decorrentes do contrato, nos termos da legislação vigente.

23.2.3. A representação exercida pelo Estipulante não poderá restringir o direito do Segurado ou do Beneficiário de se comunicar diretamente com a Seguradora, solicitar informações, avisar sinistro, apresentar documentos ou exigir o cumprimento do contrato.

23.3. O Estipulante declara que mantém vínculo anterior e não securitário com o grupo de pessoas em benefício do qual contrata o seguro.

23.3.1. O vínculo referido no item 23.3 poderá decorrer de relação legal, estatutária, associativa, empregatícia, contratual ou de outra relação lícita e objetivamente demonstrável, desde que sua constituição não tenha como finalidade exclusiva a contratação do seguro.

23.3.2. O Estipulante deverá manter os registros e documentos que comprovem a existência e a manutenção desse vínculo durante a vigência do contrato e apresentá-los à Seguradora ou à SUSEP quando regularmente solicitado.

24. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

24.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais, na legislação e na regulamentação vigente, constituem obrigações da Seguradora:

- a)** analisar os avisos de sinistro, manifestar-se sobre a existência de cobertura e pagar os capitais segurados ou as indenizações devidas nos prazos e de acordo com os procedimentos estabelecidos no item 20 destas Condições Gerais;
- b)** solicitar documentos ou informações complementares somente quando houver dúvida fundada e justificável, desde que sejam pertinentes à análise da cobertura ou à apuração do valor devido e possam ser apresentados pelo interessado;
- c)** comunicar ao Segurado, ao Beneficiário ou ao interessado, de forma expressa e fundamentada, eventual recusa de cobertura ou de pagamento, observados os prazos previstos nestas Condições Gerais;
- d)** informar ao Estipulante o não pagamento do prêmio ou da fatura e, quando a inadimplência puder afetar os direitos dos Segurados, realizar as comunicações exigidas pela legislação e por estas Condições Gerais;
- e)** emitir as faturas ou os documentos de cobrança de acordo com as informações encaminhadas pelo Estipulante, quando essa forma de cobrança estiver prevista no contrato;
- f)** emitir e disponibilizar a apólice e os demais documentos comprobatórios do seguro, observados os prazos, os elementos obrigatórios e as formas previstas na legislação;
- g)** cumprir as disposições da apólice, das Condições Gerais, das Condições Especiais, das Condições Particulares e dos demais documentos integrantes do contrato;
- h)** recolher os tributos e cumprir as obrigações tributárias que sejam legalmente atribuídas à Seguradora;
- i)** constituir e manter as provisões técnicas e os demais recursos exigidos pela regulamentação, necessários ao cumprimento das obrigações assumidas e à manutenção do equilíbrio técnico, financeiro e atuarial do seguro;
- j)** prestar ao estipulante, ao sub estipulante, quando houver, aos segurados e aos beneficiários as informações necessárias à compreensão e ao acompanhamento do seguro;

- k)** manter as condições contratuais, a Nota Técnica Atuarial e os demais documentos do produto devidamente registrados, depositados ou mantidos sob sua guarda, conforme exigido pela SUSEP e pela regulamentação aplicável;
- l)** disponibilizar canais adequados para atendimento, comunicação de sinistro, envio de documentos, acompanhamento da regulação e apresentação de reclamações;
- m)** atuar com lealdade e boa-fé, prestando informações claras, completas, corretas e tempestivas durante a formação e a execução do contrato;
- n)** tratar os dados pessoais dos estipulantes, segurados e beneficiários somente para finalidades legítimas relacionadas à contratação, à administração e à execução do seguro, adotando medidas adequadas de segurança e observando a legislação de proteção de dados pessoais;
- o)** responder pelos atos e pelas omissões de seus representantes e prepostos praticados no exercício de suas funções, os quais vincularão a Seguradora nos termos da legislação vigente; e
- p)** responder pelos atos dos corretores e demais intermediários somente nas hipóteses em que estes atuarem como seus representantes ou prepostos, ou quando a responsabilidade da Seguradora decorrer da legislação aplicável.

25. FORO

25.1. O foro competente para as ações decorrentes deste contrato de seguro será o do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso, ressalvado o direito destes de optar pelo foro de qualquer domicílio da Seguradora ou de seu agente, nos termos da legislação vigente.

25.2. Nas demandas propostas pelo Estipulante que não envolvam direito próprio do Segurado ou do Beneficiário, o foro competente será determinado de acordo com a legislação processual aplicável.

26. ANEXOS

26.1. ANEXO I

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSOS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo
	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um dos quadris	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	5
	Dos demais dedos	1,5
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	de 4 (quatro) centímetros	10
	de 3 (três) centímetros	6
	Menos de 3 (três) centímetros	sem indenização

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALA	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	0
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
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

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20
	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	0
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	2
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	2

HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	4
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	4
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	8