

CONDIÇÕES GERAIS

RAMO 93

Seguro de Pessoas

Processo SUSEP nº 005-00149/00



ÍNDICE:

1.	OBJETIVO	3
2.	DEFINIÇÕES	3
3.	BENEFICIÁRIO	6
4.	GARANTIAS	6
5.	CARÊNCIAS	18
6.	FRANQUIAS	18
7.	CAPITAL SEGURADO	18
8.	ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	19
9.	REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	19
10.	ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	20
11.	INCLUSÃO DE SEGURADOS	20
12.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	21
13.	CERTIFICADO DE SEGURO	21
14.	CUSTEIO DO SEGURO	21
15.	PRÊMIO DE SEGURO	22
16.	PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO	22
17.	CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO	23
18.	SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO	23
19.	RESCISÃO CONTRATUAL	24
20.	PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO	24
21.	PAGAMENTO DE SINISTROS	25
22.	ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES	26
23.	PERDA DE DIREITOS	26
24.	PRAZO DE PRESCRIÇÃO	27
25.	CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO	27
26.	ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS	28
27.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	28
28.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	28
29.	SUB-ROGAÇÃO	28
30.	TRIBUTOS	28
31.	FORO	29
32.	DISPOSIÇÕES GERAIS	29



1. OBJETIVO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou a seus Beneficiários, na ocorrência de um evento previsto e coberto pelo seguro, nos termos das condições gerais, especiais e contrato de seguro, desde que observadas as restrições, tanto contratuais quanto legais, e ainda, o limite do capital segurado.

2. DEFINIÇÕES

a) **Acidente Pessoal:** O evento com data caracterizada exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como conseqüência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a.1) Incluem-se nesse conceito:

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

a.2) Excluem-se desse conceito:

- 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;
- As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por 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 conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.



- b) Apólice:** É o documento emitido pela Seguradora efetivando a celebração do contrato do seguro coletivo.
- a) Beneficiário(s):** É(são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s), cedente (s) do financiamento ou serviço, à quem (às quais) deve ser paga a indenização na hipótese de ocorrência do sinistro.
- b) Capital Segurado:** É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.
- c) Carência:** É um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir do início de vigência de um seguro, e fim determinado em Contrato, em que as garantias contratadas não terão cobertura.
- d) Certificado Individual:** Documento entregue a cada segurado, contendo em linguagem clara e objetiva os elementos necessários para a correta utilização do seguro.
- e) Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas contratuais que regem um mesmo plano de seguro e que estabelecem direitos e obrigações da Seguradora, do segurado e beneficiário(s) deste seguro.
- f) Contrato:** Conjunto de cláusulas estabelecidas nos diferentes contratos na comercialização deste seguro.
- g) Doença:** É o processo mórbido, definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais que leva o indivíduo a tratamento médico.
- h) Doença Preexistente:** É toda doença, congênita ou adquirida, que comprometa a função orgânica, ou coloque em risco a saúde do segurado, direta ou indiretamente por suas conseqüências, em relação à qual o segurado tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação do seguro.
- i) Estipulante:** É a pessoa jurídica que contrata o seguro, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante a Seguradora.
- j) Evento Coberto ou Risco Coberto:** É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, descrito e coberto nas garantias, desde que ocorrido durante a vigência do seguro.
- k) Franquia:** É um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, com início a partir da data da ocorrência do sinistro, e fim determinado em Contrato, no qual o segurado é responsável pelo compromisso financeiro coberto pelo seguro que se vencer durante o período da franquia.



- l) Grupo Segurável:** É o grupo formado pelos clientes vinculados ao Estipulante, desde que estejam em perfeitas condições de saúde, em plena atividade e atendam às condições de aceitação definidas na apólice.
- m) Grupo Segurado:** É o conjunto de clientes efetivamente aceitos no seguro, pertencentes ao grupo segurável, cuja cobertura esteja em vigor.
- n) Indenização:** É o valor que a Seguradora efetivamente paga ao segurado ou a seu(s) beneficiário(s) em decorrência de um evento coberto por este seguro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.
- o) Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- p) Instituição Financeira:** Para fins deste seguro é a pessoa jurídica cedente de um crédito à uma pessoa física segurada de uma apólice do seguro de proteção financeira, podendo ser bancos, financeiras, empresas de arrendamento mercantil, administradoras de cartão de crédito, e, ainda, outras pessoas jurídicas que venham a ser descritas no Contrato do seguro.
- q) Prêmio:** É a importância paga pelo segurado ou pelo Estipulante à Seguradora, com periodicidade para obtenção das garantias e coberturas, previstas no contrato de seguro.
- r) Proponente:** É a pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que somente passará à condição de segurado após a sua aceitação pela Seguradora.
- s) Proposta de Adesão:** É o documento preenchido e assinado pelo proponente, solicitando sua inclusão no Seguro.
- t) Riscos Excluídos:** São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Contrato de Seguro, que não serão cobertos pelo plano de seguro.
- u) Segurado:** É o proponente aceito pela Seguradora, cujas coberturas estejam em vigor.
- v) Seguradora:** É a Cardif do Brasil Seguros e Previdência S.A., que assume os riscos inerentes às garantias.
- w) Seguro:** É uma operação pela qual a Seguradora, mediante ao pagamento do prêmio, se obriga frente ao segurado ao pagamento de uma indenização, observados o disposto nas condições gerais, especiais e contrato, caso se produza o evento coberto.
- x) Sinistro:** Ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.



y) **Sub-Estipulante:** É a pessoa jurídica, legalmente constituída, que adere ao seguro mediante concordância com os termos estabelecidos nas condições gerais, especiais e contrato da apólice, assumindo, solidariamente com o Estipulante, responsabilidades e obrigações decorrentes da contratação e manutenção do seguro.

3. BENEFICIÁRIO

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

3.2. Na falta de indicação do segundo beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, quando for o caso, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

3.2.1. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

3.2.2. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

3.3. Renúncia ao Direito de sua Substituição: Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade. A Seguradora desobrigar-se-á da alteração, e procederá ao pagamento ao antigo beneficiário caso não seja cientificada oportunamente da substituição.

4. GARANTIAS

As garantias do seguro dividem-se em:

4.1. Garantia Básica de Morte

4.1.1. Objetivo: Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte natural ou acidental do segurado, sendo o valor máximo indenizável definido em Contrato.

4.1.2. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Morte todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70



(setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4.1.3. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Morte os eventos ocorridos em consequência de:

- 4.1.3.1.** uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- 4.1.3.2.** atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- 4.1.3.3.** Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão e acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;
- 4.1.3.4.** Atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;
- 4.1.3.5.** Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;
- 4.1.3.6.** Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- 4.1.3.7.** Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico).
- 4.1.3.8** Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.

4.2. Garantia Básica de Auxílio Funeral

4.2.1. Objetivo: Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente a até 100% (cem por cento) do valor do capital segurado da garantia básica de Morte, referente aos gastos com o sepultamento do segurado, quando ocorrer a morte natural ou acidental do segurado, sendo o valor máximo indenizável definido em Contrato.

4.2.2. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Auxílio Funeral todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.



4.2.3. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Auxílio Funeral os mesmos eventos da cobertura de Morte, conforme item 4.1.3.

4.2. Garantia Básica de Assistência Funeral

4.2.1. Objetivo: Garante a prestação de serviços de assistência funeral, através de rede especializada de prestadores de serviços credenciada pela Seguradora, quando ocorrer a morte natural ou acidental do segurado, sendo a forma, critério e valor máximo indenizável definido em Condições Gerais.

4.2.2. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Assistência Funeral todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4.2.3. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Assistência Funeral os mesmos eventos da cobertura de Morte, conforme item 4.1.3, e mais:

- a) A cremação para o BENEFICIÁRIO que resida em municípios que não disponham desse serviço;
- b) Despesas extras ou não previstas neste acima para a prestação dos serviços de assistência a sepultamento e cremação.

4.3. Garantia de Indenização Especial por Morte Acidental

4.3.1. Objetivo: Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização proporcional ao valor do capital segurado contratado da garantia Básica de Morte, em caso de morte do segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, sendo o valor máximo indenizável definido em Contrato.

4.3.1.1. O capital segurado para esta garantia não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital contratado para a garantia de Morte.

4.3.2. Elegibilidade: São elegíveis para a Indenização Especial por Morte Acidental todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4.3.3. Riscos Excluídos: Estão excluídos da Indenização Especial por Morte Acidental os eventos ocorridos em consequência de:



- 4.3.3.1. uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- 4.3.3.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- 4.3.3.3. Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão e acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;
- 4.3.3.4. Atos ilícitos ou dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;
- 4.3.3.5. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;
- 4.3.3.6. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- 4.3.3.7. Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico).
- 4.1.3.8. Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.

4.4. Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

4.4.1. Objetivo: Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente a até 100% (cem por cento) do valor do capital segurado da garantia básica de Morte, em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado, causada por acidente pessoal coberto, verificada ao término do tratamento, desde que seja definitivo o caráter da Invalidez, sendo o valor máximo indenizável definido em Contrato.

4.4.1.1 Como Invalidez Permanente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão do corpo do segurado.

4.4.2. Para fins deste seguro, a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será caracterizada conforme a tabela:



	Discriminação	% Sobre a Importância Segurada
Invalidez 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 de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Invalidez Parcial (Diversas)	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
Invalidez Parcial (Membros Superiores)	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-
Invalidez Parcial (Membros Inferiores)	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não-consolidada de um fêmur	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não-consolidada da rótula	20
	Fratura não-consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1.º (primeiro dedo)	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1.º (primeiro) dedo, indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	-
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10	
- de 3 (três) centímetros	6	
- menos de 3 (três) centímetros	Sem Indenização	

4.4.2.1. Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.



4.4.2.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a invalidez permanente quando da alta no Contrato do seguro.

4.4.2.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

4.4.2.4. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

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

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

4.4.2.7. A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente causada por acidente.

4.4.2.7.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

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

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



4.4.2.9. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte.

4.4.2.10. Desde que efetivamente comprovada, por ser o Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente e Total por Acidente igual a 100% do Capital Segurado da cobertura básica de morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

4.4.2.11. Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Contrato de Seguro, sem qualquer devolução de prêmios.

4.4.3. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4.4.4. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

- 4.4.4.1.** uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- 4.4.4.2.** atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- 4.4.4.3.** Acidentes ocorridos antes da data da contratação individual do seguro;
- 4.4.4.4.** ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada;
- 4.4.4.5.** Atos ilícitos ou dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;
- 4.4.4.6.** Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;
- 4.4.4.7.** Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- 4.4.4.8.** Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico);
- 4.4.4.9.** Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.
- 4.4.4.10.** Qualquer tipo de hérnia, e suas consequências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;



- 4.4.4.11. Parto ou aborto, e suas conseqüências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto;
- 4.4.4.12. O choque anafilático, e suas conseqüências, salvo se decorrente de acidente pessoal coberto.

4.5. Garantia Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

4.5.1. Objetivo: Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente a 100% (cem por cento) do valor do capital segurado da garantia básica, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total do Segurado, conseqüente de doença que cause a perda de sua existência independente.

4.5.1.1. A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado.

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

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - g1) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g2) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g3) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
 - g4) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.



- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.**
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:**
 - i1) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;**
 - i2) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;**
 - i3) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.**

4.5.3. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a Perda da Existência Independente do segurado, decorrente de doença, a Seguradora pagará uma indenização.

4.5.4. A Invalidez Funcional Permanente Total causada por doença, deve ser comprovada através de Declaração Médica contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item 4.4.2.

4.5.5. A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Funcional Permanente Total causada por doença.

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

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

4.5.8. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica composta por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.



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

4.5.10. Desde que efetivamente comprovada, por ser o Capital Segurado da cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença igual a 100% do Capital Segurado da cobertura básica de morte, seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

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

4.5.11. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

4.5.12. Riscos Excluídos: Estão excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

4.5.12.1. A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

4.5.12.2. Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;

4.5.12.3. A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;

4.5.13. Excluem-se, ainda, da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença os eventos ocorridos em consequência de:

4.5.13.1. uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;



- 4.5.13.2. atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química e/ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e dela decorrentes, exceto a prática de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- 4.5.13.3. Doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão;
- 4.5.13.4. Atos ilícitos ou dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante de um ou de outro;
- 4.5.13.5. Lesão premeditada auto infligida, de suicídio ou tentativa de suicídio quando ocorrido dentro dos primeiros dois anos de vigência do certificado individual;
- 4.5.13.6. Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- 4.5.13.7. Intoxicações por medicamentos, salvo quando prescritos por profissional legalmente habilitado (médico).
- 4.5.13.8. Epidemias e pandemias somente quando declarado por órgão competente.

4.6. Garantia Suplementar de Inclusão Automática ou Facultativa de Cônjuge

4.6.1. Objetivo: Garantir ao segurado titular o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte de seu cônjuge, quando ocorrer dentro do período de cobertura, sendo o valor máximo indenizável definido em Contrato.

4.6.1.1. O cônjuge também poderá participar das garantias adicionais de Indenização Especial por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, mediante solicitação na proposta de seguro e desde que contratadas pelo segurado titular.

4.6.2. A cláusula suplementar de inclusão de cônjuge define a inclusão, no seguro, dos cônjuges dos segurados titulares, que pode ser feita das seguintes formas:

- a) Automática: quando abranger os cônjuges de todos os segurados titulares; e
- b) Facultativa: quando abranger os cônjuges dos segurados titulares que assim o autorizarem.

4.6.3. Equiparam-se ao(s) cônjuge(s) os(as) companheiros(as) dos segurados titulares, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

4.6.3.1. Não podem participar desta cláusula os cônjuges e companheiros(as) que façam parte do grupo de segurados titulares.

4.6.4. O capital segurado do cônjuge não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado titular, observando-se que o critério para fixação do capital segurado deve ser estabelecido e definido em Contrato.



4.6.5. A garantia dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

4.6.5.1. Na data do início do risco individual do segurado titular, desde que solicitada a inclusão de seu cônjuge simultaneamente, mediante análise e aceitação pela Seguradora;

4.6.5.2. Quando o cônjuge não for incluído simultaneamente com o segurado titular, o início de vigência individual do seguro do cônjuge será a partir da vigência correspondente à solicitação expressa do segurado titular.

4.7. Garantia Suplementar de Inclusão Automática ou Facultativa de Filhos

4.7.1. Objetivo: Garantir ao segurado titular o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte de algum dos seus filhos dependentes, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda, quando ocorrer dentro do período de cobertura, sendo o valor máximo indenizável definido em Contrato.

4.7.2. Para fins deste seguro, poderão ser incluídos, na qualidade de segurados dependentes, os filhos dos segurados titulares, desde que contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge, e pode ser feita das seguintes formas:

- a) Automática: quando abranger os filhos de todos os segurados titulares e/ou dos cônjuges segurados; e
- b) Facultativa: quando abranger os filhos dos segurados titulares e/ou dos cônjuges segurados que assim o autorizarem.

4.7.3. Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do segurado titular.

4.7.3.1. Não podem participar desta cláusula os filhos que façam parte do grupo de segurados titulares.

4.7.4. Quando ambos os cônjuges forem segurados do grupo segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo ele denominado segurado titular para efeito desta cláusula.

4.7.5. O capital segurado da garantia suplementar de Inclusão de Filhos não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado titular, observando-se que o critério para fixação do capital segurado deve ser estabelecido e definido em Contrato.

4.7.5.1. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a indenização tem caráter de reembolso das despesas comprovadas com o funeral, limitado ao percentual de participação constante no Contrato do seguro.

4.7.5.2. Para os filhos com idade superior a 14 (quatorze) anos, a indenização será integral, de acordo com o percentual de participação constante no Contrato do Seguro.



4.7.6. A garantia dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

4.7.6.1. Na data do início da garantia do risco individual do segurado titular;

4.7.6.2. Na data da inclusão da cláusula na apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

4.8. Na hipótese do plano de seguro conjugar mais de uma cobertura, estas não poderão ser contratadas isoladamente.

4.9. O plano de seguro sempre deverá abranger pelo menos a Cobertura Básica de Morte.

5. CARÊNCIAS

5.1. A carência, observado o disposto no sub item “e” do item 2, quando houver, será determinada no Contrato do seguro.

5.2. O limite máximo a ser estabelecido como prazo de carência será de 2(dois) anos.

5.3. Poderá haver carência para as garantias de Morte (não provocada por acidente), Auxílio Funeral (cuja Morte não seja provocada por Acidente) e de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, conforme período definido no Contrato de Seguro. Adotada a carência, ao Estipulante fica assegurada à prorrogação automática da apólice por período no mínimo correspondente à carência fixada.

5.4. No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

5.5. Não haverá carência para as garantias de acidentes pessoais.

6. FRANQUIAS

A franquia, observado o disposto no sub item “m” do item 2, quando houver, será determinada no Contrato do Seguro.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O capital segurado será estabelecido no Contrato e corresponderá ao valor máximo para cada cobertura contratada, a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.



7.2. Para efeito do cálculo da Indenização, a data de evento quando da liquidação do sinistro será:

- a) Cobertura de Morte:** data da ocorrência do evento coberto.
- b) Cobertura de Auxílio Funeral:** data da ocorrência do evento coberto.
- c) Cobertura de Assistência Funeral:** data da ocorrência do evento coberto
- d) Indenização Especial por Morte Acidental:** data da ocorrência do acidente.
- e) Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:** data da ocorrência do acidente.
- f) Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:** data do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante, indicada na declaração médica.

7.2.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7.3 Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

8. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 8.1.** A atualização dos valores dos Capitais Segurados e prêmios relativos a este seguro serão efetuados anualmente pelo Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) acumulada no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês do último índice publicado imediatamente antes da data de atualização.
- 8.2.** Na falta, extinção ou proibição do uso do IGP-M/FGV, a atualização monetária terá por base o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).
- 8.3.** As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não poderão conter cláusula de atualização de valores.

9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 9.1.** Não há reintegração para as garantias de Morte, Auxílio Funeral e Invalidez Permanente Total por Acidente ou Doença.



9.2. No caso de Invalidez Parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

10. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

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

10.2. Recebida a Proposta pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada aceita, abrangendo todas as garantias, caso a Seguradora sobre ela não se manifeste expressamente ao Proponente, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.

10.3. Esse prazo de 15 (quinze) dias será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos quando verificar que as informações contidas na proposta são insuficientes para a emissão do certificado de seguro. Tal solicitação será feita apenas uma vez. Neste caso, a contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

10.4. No caso de não-aceitação da proposta de seguro no prazo de 15(quinze) dias, a mesma será comunicada por inscrito ao proponente e ao Estipulante, e o valor pago antecipadamente será restituído integralmente pela Seguradora, por meio de cheque nominativo, no prazo de 10(dez) dias contados da data da formalização da recusa.

10.4.1. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela não devolução do valor pago antecipadamente após decurso do prazo definido no item 10.4., o valor será atualizado pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) apurada entre o último índice publicado antes da data da formalização da recusa e aquele publicado imediatamente anterior à data de devolução. Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetiva devolução.

10.5. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

11. INCLUSÃO DE SEGURADOS

11.1. A inclusão dos segurados na apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo obrigatório para análise de aceitação o preenchimento de proposta de adesão, bem como uma declaração pessoal ou prova de saúde.

11.2. A inclusão dos segurados na apólice será determinada no contrato e poderá ser compulsória, quando abranger todos os clientes do Estipulante, observadas as condições de elegibilidade descritas no item 4 destas Condições Gerais; ou facultativa, quando o seguro



abranger os clientes do Estipulante que tiverem sua inclusão expressamente declarada, observado ainda o disposto no item 10 destas Condições Gerais.

12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

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

12.2. O início e termino de vigência do risco individual será às 24 horas, das datas estabelecidas no Certificado do Seguro.

12.3. O prazo de vigência do seguro varia conforme estabelecido no Contrato, podendo ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas nestas Condições Gerais, que trata do cancelamento do seguro, ou se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar por escrito o desinteresse pela renovação.

12.3.1. As renovações posteriores deverão ser efetuadas de forma expressa.

12.4. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a mesma data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e informado no Contrato.

12.5. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela seguradora, ressalvado o disposto no item 12.2.

13. CERTIFICADO DE SEGURO

No início da vigência do seguro, bem como nas renovações subseqüentes, a Seguradora providenciará a emissão dos Certificados Individuais, constando os seguintes elementos mínimos: data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes; o capital segurado de cada garantia relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes; e o prêmio total.

14. CUSTEIO DO SEGURO

O custeio das garantias previstas neste seguro poderá ser contributário, parcialmente contributário ou não contributário, conforme indicado no Contrato.



- **Contributário:** Quando o Segurado contribui parcial ou totalmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- **Parcialmente Contributário:** Quando o Segurado contribui parcialmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- **Não Contributário:** Quando o Estipulante paga integralmente o(s) prêmio(s) do seguro.

15. PRÊMIO DE SEGURO

15.1. O prêmio de seguro será determinado no Contrato do Seguro.

15.2. Poderá ser feita a reavaliação dos prêmios de seguro a qualquer tempo, conforme critérios definidos no Contrato do Seguro.

15.3. Qualquer alteração da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados dependerá da anuência expressa de $\frac{3}{4}$ dos segurados, de acordo com Código Civil e Resolução CNSP 107/2004.

16. PAGAMENTO DO PRÊMIO DE SEGURO

16.1. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, ou anual, de acordo com o estabelecido no Contrato.

16.1.1. A data limite para pagamento do prêmio será a contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.

16.1.2. Quando a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.

16.2. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo segurado ou Estipulante, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.

16.3. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.

16.4. Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante retomar o pagamento do prêmio. Os sinistros ocorridos no período de cobertura suspensa ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora por todos os sinistros ocorridos exclusivamente a partir da data da reabilitação.

16.4.1. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

16.4.2. Não será cobrada qualquer parcela de prêmio referente ao prazo de suspensão em caso de reabilitação da cobertura do seguro.



16.4.3. Ocorrendo a reabilitação da cobertura, poderá ser exigido o cumprimento de carências, conforme definido no contrato do seguro.

16.4.4. O prazo de suspensão por inadimplemento poderá ser de até 90 (noventa) dias. Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.

16.5. Entretanto, observado o disposto no **item 16.4**, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito à cominações legais.

16.6. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar no carnê, ticket, contracheque ou quaisquer outros documentos o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

17. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

17.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa:

17.1.1. automaticamente, quando do término do período de vigência do certificado individual, se este não for renovado;

17.1.2. Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o Estipulante;

17.1.3. Quando o segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão da apólice;

17.1.4. Quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio;

17.2. Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

18. SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1. A suspensão e o respectivo cancelamento do certificado individual se dará sob as determinações do **sub item 16.4** destas Condições Gerais.



18.2. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

19. RESCISÃO CONTRATUAL

19.1. O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

19.2. Ocorrendo a rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

20. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

20.1. Quando ocorrer um sinistro, o segurado ou um de seus representantes, deverá encaminhar para o endereço da Seguradora ou do Estipulante, um comunicado constando o nome completo do segurado, DDD e telefone para contato, nome(s) da(s) pessoa(s) para contato, cópia simples do Registro Geral (RG), e cópia simples do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), acrescidos dos documentos abaixo relacionados, conforme o evento:

20.1.1. Garantia Básica de Morte, Auxílio Funeral e Assistência Funeral:

- a) Cópia autenticada da Certidão de óbito;
- b) Cópia simples do Boletim de ocorrência policial (BO), em caso de morte acidental;
- c) Cópia simples do laudo de necropsia do Instituto Médico Legal (IML), em caso de morte acidental;
- d) Cópia simples do laudo de dosagem alcoólica/toxicológica quando indicada a sua solicitação no laudo do IML, em caso de morte acidental;
- e) Cópia simples da carteira de habilitação caso o segurado tenha sido o condutor do veículo.

20.1.1.1. Exclusivo para Assistência Funeral:

- a) Quando ocorrer algum fato, objeto das prestações de serviço de Assistência, o beneficiário solicitará pela Central de Serviços e Relacionamento 0800 a assistência correspondente, informando nome e número do Certificado;
- b) Se a ligação a cobrar não for possível, as despesas de comunicações com a Central de Atendimento serão reembolsadas mediante apresentação dos comprovantes originais dos gastos telefônicos.

20.1.2. Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:



- a) Relatório médico original detalhando o ocorrido, e indicando o grau de invalidez;
- b) Exames realizados que comprovem a invalidez permanente total por acidente, original ou cópia simples;
- c) Cópia simples do boletim de ocorrência policial ou comunicação de acidente de trabalho, de acordo com o fato ocorrido.

20.1.3. Garantia Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:

- a) Relatório médico original contendo:
 - a1) o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada;
 - a2) detalhamento do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.
- b) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

20.2. A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.

20.3. No caso de sinistros da garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o segurado deverá submeter-se a exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

20.4. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do segurado ou de seus beneficiários.

20.4.1. Os eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

21. PAGAMENTO DE SINISTROS

21.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá o Segurado/Estipulante comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados nestas Condições, bem como esclarecidas todas as circunstâncias a ele relacionadas. Fica entendido e acordado que, **mediante dúvida fundada e justificável**, na dependência das necessidades de cada caso a Seguradora reserva-se o direito de solicitar outros documentos para instruir a regulação de sinistro.

21.2. Fica estabelecido o prazo de até 30 (trinta) dias para o pagamento de indenização devida pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação, conforme especificado no item 20 desta condição.



21.3. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos, informações ou esclarecimentos complementares ao Estipulante, Segurado ou ao(s) beneficiário(s), o prazo mencionado no subitem anterior para indenização do sinistro sofrerá suspensão, assim, a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

21.4. A forma e periodicidade do pagamento das indenizações de cada garantia ao Estipulante serão determinadas no Contrato do Seguro.

21.5. Quando a liquidação das obrigações não for efetuada dentro do prazo estabelecido no sub item 21.2, o valor será atualizado pela variação do Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV). Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetiva liquidação das obrigações.

21.6. Na falta, extinção ou proibição do uso do IGPM/FGV, a atualização monetária terá por base o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

22. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por morte e invalidez permanente do segurado não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente verificar-se a morte do segurado, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte, deduzida a importância já paga por invalidez permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada em caso de morte.

23. PERDA DE DIREITOS

23.1. Conforme estabelecido no art. 766 do Código Civil Brasileiro, se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

23.1.1. Se a inexatidão ou omissão não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora terá o direito de:

- a) Na hipótese de não ocorrência de sinistro, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a



- diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.
- c) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.

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

23.2.1. A seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravação do risco, poderá comunicar ao Segurado, por escrito, a sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

23.2.2. O cancelamento do seguro será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, e será feita a restituição da diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

23.3. Também haverá perda do direito à Indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado, seu(s) representante(s) ou seu(s) Beneficiário(s):

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro; e
- b) agravamento intencional do risco objeto do contrato.

24. PRAZO DE PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

25. CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

25.1. O plano de seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido nas condições Contratada apólice.

25.2. A presente cláusula concede ao Estipulante e/ou aos Segurados, a participação nos resultados técnicos da apólice. Anualmente, por ocasião do aniversário da apólice, a Seguradora fará a apuração dos lucros da mesma, sendo que para se apurar os lucros serão computados todas as receitas e despesas ocorridas desde o início quando se tratar da primeira apuração.

25.3. Considera-se lucro a diferença positiva existente entre as receitas e despesas ocorridas no período de apuração.

25.4. A distribuição do excedente técnico, será efetuada após o recebimento integral dos prêmios relativos ao período da apuração e no prazo máximo de até 60 (sessenta) dias úteis a contar da última quitação.



25.5. As definições dos itens que compõe as receitas e despesas serão especificadas no Contrato .

25.6. Do resultado apurado, será distribuído o percentual estabelecido no contrato do Seguro.

26. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS

26.1. Qualquer modificação na Apólice de Seguro que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

26.2. Qualquer alteração na Apólice de Seguro em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observado o disposto no item 26.1.

26.2.1 Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do Estipulante.

27. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

As garantias de morte e invalidez permanente abrangem eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

28. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as presentes condições gerais da apólice e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

29. SUB-ROGAÇÃO

No seguro de pessoas, o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro, conforme disposto no artigo 800 do Código Civil.

30. TRIBUTOS

30.1. Os prêmios de seguro incluem todos os tributos, impostos, taxas, contribuições e outros encargos governamentais, de qualquer natureza, incidentes sobre os mesmos, tais como, sem limitação, o Programa de Integração Social - PIS e a Contribuição para a Seguridade Social - COFINS.

30.2. O prêmio deverá ser pago integralmente à Seguradora, para que esta proceda ao devido recolhimento do Imposto sobre Operações Financeiras – IOF.



30.3. Havendo qualquer alteração na legislação tributária, que implique na majoração das alíquotas dos tributos atualmente aplicáveis, os valores dos prêmios serão reajustados de forma a refletir tal alteração.

31. FORO

As questões judiciais, entre o Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

32. DISPOSIÇÕES GERAIS

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

32.2. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.