

Seguro de Pessoas Coletivo Vida – taxa média

Condições Contratuais

Versão 5.1

CNPJ 61.074.175/0001-38
Processo SUSEP nº 15414.000272/2011-86

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE VIDA EM GRUPO – TAXA MÉDIA – versão 5.1

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital ao próprio segurado, ou seus beneficiários, caso ocorra algum dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas pelo estipulante e indicadas na proposta de contratação (assinada pelo estipulante) e nas propostas de adesão (assinadas pelos proponentes/segurados), nas condições contratuais e no certificado individual, **desde que o evento não se enquadre como “riscos excluídos” ou “não cobertos” pela legislação vigente.**

2. DEFINIÇÕES

2.1. Acidente Pessoal: 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 causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que tome necessário tratamento médico, observando-se que:

2.1.1. Incluem-se, ainda, neste conceito:

- a) O suicídio, ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado 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 de origem traumática da coluna vertebral causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.

2.1.2. Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:

- a) **As doenças, incluídas as profissionais, pandemias ou epidemias declaradas por órgão competente, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- c) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de “invalidez por acidente pessoal”.**

2.2. Apólice: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.

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

2.4. Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

2.5. Carência: período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução da vigência do seguro, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do evento coberto, o segurado ou os beneficiários não terá direito à percepção dos capitais segurados contratados.

2.6. Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

2.7. Certificado Individual: documento destinado ao segurado e, emitido pela seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio, no qual estarão indicadas as coberturas efetivamente contratadas.

2.8. Cobertura: compromisso da seguradora no pagamento de um capital segurado, caso ocorra um dos riscos definidos nas condições contratuais, **desde que o evento causador não seja excluído dessa cobertura.**

2.9. Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das Condições Gerais, das condições especiais da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

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

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

2.12. Contrato: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

2.13. Doença ou Deficiência Preexistente: toda debilidade, congênita, adquirida ou decorrente de acidente, que comprometa a função orgânica ou motora ou coloque em risco a saúde do indivíduo, quer por sua ação direta, quer por suas consequências indiretas, existentes anteriormente à contratação do seguro, do qual ele tenha conhecimento, e que não seja informada no momento da contratação, de acordo com o declarado na proposta de adesão.

2.14. 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 identificada como estipulante-instituidor, quando participar total ou parcialmente do custeio do plano, e como estipulante-averbador, quando não participar do custeio.

2.15. Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado.

2.16. Excedente Técnico: saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice, em determinado período.

2.17. Franquia: período contínuo de tempo contado a partir da data da ocorrência do evento coberto e, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.

-
- 2.18. Grupo Segurado:** totalidade do grupo segurável aceito e incluído na apólice coletiva.
- 2.19. Grupo Segurável:** totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 2.20. Indenização:** pagamento em dinheiro efetuado pela seguradora ao segurado ou aos seus beneficiários, quando da ocorrência do evento objeto da cobertura contratada.
- 2.21. Início de Vigência:** a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão cobertas pela seguradora.
- 2.22. Laudo Médico:** documento emitido por médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, sobre as condições físicas e de saúde do proponente.
- 2.23. Moradia Habitual:** lugar em que a pessoa tem sua habitação ordinária ou em que mantém sua residência habitual no Brasil.
- 2.24. Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 2.25. Período de Vigência:** período durante o qual o segurado fará jus às coberturas contratadas.
- 2.26. Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos feitos destinados ao custeio do seguro.
- 2.27. Proponente:** o interessado em contratar as coberturas, ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- 2.28. Proposta de Adesão:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco. Nela, o proponente pessoa física manifesta o pleno conhecimento das condições gerais do seguro e das condições contratuais e expressa a intenção de aderir ao seguro.
- 2.29. Proposta de Contratação:** documento legal pelo qual o estipulante solicita a sua inclusão no Seguro, manifestando pleno conhecimento e concordância das condições contratuais. Na proposta de contratação deverão ser prestadas todas as informações que permitirão a seguradora avaliar os riscos e manifestar a aceitação ou recusa do seguro.
- 2.30. Riscos Excluídos:** os riscos previstos nas condições contratuais que **não serão cobertos pelo seguro.**
- 2.31. Segurado:** pessoa física sobre a qual se procederá à avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- 2.32. Seguradora:** pessoa jurídica legalmente constituída, autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil, e que recebendo o prêmio, assume o risco de indenizar o segurado ou beneficiário, em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo contrato de seguro.
- 2.33. Seguro Contributário:** aquele em que o segurado paga o prêmio total ou parcialmente para o estipulante e este o repassa à seguradora.
- 2.34. Seguro Não Contributário:** aquele em que o estipulante paga a totalidade do prêmio à seguradora.
- 2.35. Sinistro:** ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do seguro.

2.36. Traslado: transporte do corpo do local do óbito até o local de sepultamento no Brasil.

3. COBERTURAS DO SEGURO

As garantias do seguro dividem-se em básica e adicionais, sendo que o seguro não pode ser contratado sem a Garantia Básica (Morte).

3.1. COBERTURA BÁSICA DE MORTE

3.1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado aos beneficiários indicados na respectiva proposta de adesão, em caso de falecimento do segurado durante a vigência do seguro, **respeitando-se os riscos excluídos previstos nas condições contratuais.**

3.1.2. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do segurado, comprovado mediante Certidão de Óbito.

3.1.3. Para menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:

- a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado;
- b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

3.2. CONDIÇÕES ESPECIAIS

De acordo com as condições especiais e indicação na proposta de contratação poderão ser contratadas as seguintes coberturas adicionais ou cláusulas:

3.2.1. ANTECIPAÇÃO DE INDENIZAÇÃO EM FASE TERMINAL

3.2.1.1. Garante o **adiantamento** do capital segurado contratado para cobertura de morte mediante solicitação do segurado ou de seu representante legal, quando o segurado se encontrar em fase terminal ocasionada por doença ou acidente, desde que a data do acidente ou do início da moléstia e de seu diagnóstico ocorra dentro do período de vigência da apólice, excetuando-se os **riscos excluídos** previstos nas condições contratuais.

3.2.1.2. Considera-se “paciente em fase terminal” aquele para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte.

3.2.1.3. A solicitação desta cobertura será feita mediante atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo estimado de sobrevivência do segurado. Este atestado deverá vir acompanhado do histórico da patologia, do diagnóstico conclusivo e de exames pertinentes, **ressalvado o direito da seguradora de submeter o segurado a exames médicos ou complementares por profissionais de sua indicação.**

3.2.2. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – Antecipação da Cobertura de Morte

3.2.2.1. Garante o pagamento antecipado do capital segurado da cobertura de morte, ao próprio segurado, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença do segurado, ocorrida dentro da vigência do seguro e consequente de doença que cause a perda de sua existência independente, sob os critérios devidamente especificados, excetuando-se os **riscos excluídos** previstos nas condições contratuais.

3.2.3. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – Cobertura Autônoma

3.2.3.1. Garante o pagamento do capital segurado ao próprio segurado em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença do segurado, ocorrida dentro da vigência do seguro e consequente de doença que cause a perda da existência independente, sob os critérios devidamente especificados, excetuando-se os **riscos excluídos** previstos nas condições contratuais.

3.2.4. CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE CÔNJUGE

3.2.4.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado em caso de falecimento de seu cônjuge ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se **os riscos excluídos** previstos nas condições contratuais.

3.2.4.2. A cláusula de cônjuge poderá ser contratada nas formas automática ou facultativa, contemplando as demais coberturas, desde que contratadas pelo segurado principal.

3.2.5. CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE FILHOS

3.2.5.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado em caso de falecimento de algum de seus filhos dependentes ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os **riscos excluídos** previstos nas condições contratuais.

3.2.5.2. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral.

3.2.5.3. A cláusula de filhos poderá ser contratada na forma automática, contemplando as demais coberturas, desde que contratadas pelo segurado principal.

3.2.6. AUXÍLIO FUNERAL

3.2.6.1. Garante o adiantamento de um percentual da cobertura de morte, conforme limites estabelecidos nas condições contratuais.

3.2.7. AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

3.2.7.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao beneficiário do seguro, em caso de falecimento do segurado ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previsto nas condições contratuais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ESTARÃO EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DO SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:

- A) USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO EXPLOSÃO NUCLEAR, PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**
- B) ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, GUERRA CIVIL, GUERRILHA, REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS**

- DECORRENTES, SALVO SE FOR COMPROVADO QUE O SINISTRO TENHA OCORRIDO PELA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO A OUTREM;
- C) DOENÇAS PREEXISTENTES NÃO DECLARADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO E DE CONHECIMENTO DO SEGURADO NA ÉPOCA DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO;
 - D) DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO, CONFORME PREVISTO NO ART. 762 DO CÓDIGO CIVIL VIGENTE;
 - E) NOS SEGUROS CONTRATADOS POR PESSOAS JURÍDICAS, DANOS CAUSADOS POR ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES E ADMINISTRADORES, PELOS BENEFICIÁRIOS E PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES;
 - F) SUICÍDIO OU TENTATIVA DE SUICÍDIO, QUANDO O EVENTO OCORRER NOS PRIMEIROS 2 (DOIS) ANOS DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL;
 - G) INUNDAÇÃO, FURACÃO, CICLONE, MAREMOTO, ERUPÇÃO VULCÂNICA, TEMPESTADE, TERREMOTO, MOVIMENTO SÍSMICO OU MOVIMENTOS DE TERRA EM GERAL E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
 - H) EPIDEMIAS E PANDEMIAS OFICIALMENTE DECLARADAS, INCLUINDO A GRIPE AVIÁRIA, FEBRE AFTOSA, MALÁRIA, DENGUE, MENINGITE, DENTRE OUTRAS, MAS NÃO SE LIMITANDO A ELAS E DESDE QUE DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE;
 - I) DOLO DO SEGURADO, EXCETO QUANDO O DANO TIVER SIDO PRODUZIDO PARA EVITAR UM MAL MAIOR;
 - J) PARTICIPAÇÃO DO SEGURADO EM DESAFIOS E BRIGAS, EXCETO NOS CASOS DE PRÁTICA DE ESPORTE, LÉGITIMA DEFESA OU ESTADO DE NECESSIDADE;
 - K) INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR PROFISSIONAL LEGALMENTE HABILITADO (MÉDICO);
 - L) IMPRUDÊNCIA OU NEGLIGÊNCIA GRAVE DO SEGURADO, ASSIM DECLARADO JUDICIALMENTE, BEM COMO ATOS CONTRÁRIOS À LEI;
 - M) DOAÇÃO E TRANSPLANTE INTERVIVOS;
 - N) DE COMPETIÇÕES ILEGAIS EM AERONAVES, EMBARCAÇÕES E VEÍCULOS A MOTOR, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS. ESTA EXCLUSÃO NÃO PODERÁ SER APLICADA PARA OS CASOS EM QUE O SEGURADO ESTIVER NO EXERCÍCIO DE PRÁTICA DE ESPORTES; E
 - O) O SEGURADO DIRIGIR VEÍCULO AUTOMOTOR, OU QUALQUER OUTRO TIPO DE VEÍCULO E/OU EQUIPAMENTO QUE REQUEIRAM APTIDÃO, SEM QUE POSSUA HABILITAÇÃO APROPRIADA;
 - P) DE ATOS DOLOSOS, PRATICADOS PELO SEGURADO OU SEU REPRESENTANTE, DECORRENTES DE VIOLAÇÃO DE LEIS OU NORMAS DE EMBARGOS OU SANÇÕES ECONÔMICAS OU COMERCIAIS, QUE REPRESENTEM NEXO CAUSAL COM O EVENTO GERADOR DO SINISTRO.

4.2. EXCLUSÃO PARA ATOS TERRORISTAS

4.2.1. NÃO ESTARÃO COBERTOS OS DANOS E AS PERDAS CAUSADOS DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ATO TERRORISTA, CABENDO À SEGURADORA COMPROVÁ-LO COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. INCLUSÃO DO SEGURADO

6.1. A inclusão dos segurados na apólice é feita por adesão individual ao contrato coletivo, sendo exigido para análise de aceitação o preenchimento de proposta de adesão, uma declaração pessoal ou prova de saúde, podendo ser compulsória ou facultativa, e a assinatura do proponente ou de seu representante legal.

7. CARÊNCIA

7.1. Além da carência legalmente prevista de 2 (dois) anos para suicídio, poderá ser aplicada uma carência de no mínimo 30 (trinta) dias e não poderá exceder metade do prazo de vigência prevista pelo certificado.

7.2. 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.

PARÁGRAFO ÚNICO: Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais todos os prazos de carência mencionados nos itens acima não serão aplicados, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando a referida carência corresponderá a 02 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

8. FRANQUIA

8.1. Não será aplicado nenhum tipo de franquia às Coberturas de Morte e Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

9. ACEITAÇÃO DO SEGURO

9.1. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão e a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

9.2. O pagamento do seguro não caracterizará a aceitação automática da proposta de adesão. Quando a seguradora receber a proposta de adesão com todos os documentos exigidos, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, no qual avaliará o risco do seguro.

9.2.1. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

9.2.2. Caso a seguradora tenha recebido valor como adiantamento de prêmio, haverá cobertura do seguro até a data da formalização da recusa da proposta.

9.2.3. A ausência de manifestação por escrito da seguradora no prazo de 15 (quinze) dias caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.

9.2.4. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Neste caso, deverá estar claro nas

condições gerais que o proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

9.3. Com base nas declarações prestadas pelo proponente na proposta de adesão do seguro, a seguradora fará análise para aceitação ou recusa dessa inclusão no seguro.

9.4. Se a seguradora recusar a proposta de adesão do proponente, este será comunicado por escrito por meio de carta encaminhada a seu domicílio ou por intermédio do estipulante, corretor ou agente captador do seguro, informando os motivos da não aceitação. Para todos os efeitos legais, a data constante do aviso de recebimento valerá como data de recusa da proposta de adesão.

9.5. A cada segurado aceito será enviado um certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

10. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

10.1. A vigência da cobertura individual, nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, **sem pagamento de prêmio**, terá início às 24 (vinte e quatro) horas da data de assinatura da proposta de adesão, desde que tenha sido aceita e vigorará pelo prazo determinado na proposta de adesão ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes.

10.2. A vigência da cobertura individual, nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, **com adiantamento de valor** para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data da recepção da proposta de adesão pela seguradora e vigorará pelo prazo determinado na proposta de adesão ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes.

10.3. O seguro terá vigência pelo período em que a apólice estiver em vigor, ou seja, até sua data de término de vigência, caso esta não seja renovada ou cancelada conforme previsto nas condições contratuais.

10.4. A vigência individual será renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, conforme o período de vigência e renovação da apólice disposto no item 11 – VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE.

10.5. Em caso de desinteresse em renovar o seguro, o segurado deverá comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade ao estipulante, para que este comunique a seguradora.

10.6. Em cada uma das renovações do seguro, será enviado novo certificado individual aos segurados.

11. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE

11.1. A vigência da apólice será conforme estabelecida nas condições contratuais, sendo renovada automaticamente por mais um período igual ao contratado inicialmente, salvo se a seguradora, o estipulante ou o segurado, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias da data de renovação, comunicar por escrito o desinteresse pela continuidade.

11.1.1. A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

11.2. A renovação da apólice para os demais períodos de vigência **não se dará de forma automática**, devendo ser expressa entre as partes.

11.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para o(s) segurado(s) ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

11.4. Caso o segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

11.5. ALTERAÇÃO

11.5.1. Nenhuma alteração deste contrato é válida se não foi feita por escrito por meio de aditamentos ou endossos emitidos pela seguradora com a concordância do estipulante.

11.5.2. As alterações durante a vigência da apólice não previstas nas condições contratuais que impliquem em ônus ou constituam novas obrigações os segurados ou a redução de seus direitos dependerão da anuência expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

12. CAPITAIS SEGURADOS

12.1. Os limites de capitais segurados serão determinados pelo estipulante conforme condições contratuais acordadas entre as partes.

13. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

13.1. Poderá ser efetuado o aumento espontâneo dos capitais segurados em qualquer época mediante solicitação por escrito, observando-se sempre o limite máximo de capital segurado individual vigente. Se aceitos pela seguradora, os novos capitais segurados terão início de vigência no 1º (primeiro) dia do mês subsequente ao da data de solicitação do aumento. Por ocasião do aumento espontâneo de capital, poderá ser exigido do segurado o preenchimento de uma nova proposta de adesão, iniciando-se nova carência de 02 (dois) anos para o valor aumentado, para hipótese de suicídio.

13.2. Para os segurados aposentados e afastados, não será permitido o aumento espontâneo dos respectivos capitais segurados. Nestes casos, os capitais segurados serão atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou qualquer outro índice que por disposição legal venha a substituí-lo.

13.3. O estipulante fica ciente que, para o aumento espontâneo do capital segurado, o segurado deverá estar em boas condições de saúde e plena atividade profissional. Havendo a constatação de alguma doença ou deficiência preexistente ao aumento do capital segurado não declarada na proposta de adesão, o pagamento da indenização prevista para a cobertura de morte será efetuado com base nos valores anteriores ao aumento, não cabendo qualquer restituição de prêmios ao estipulante e/ou segurado.

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

14.1. Os capitais segurados e os prêmios deverão ser atualizados monetariamente ou segundo a variação do salário/provento, ou segundo outros fatores objetivos conforme critério constante no contrato do seguro para fixação da escala de capitais.

14.2. As atualizações de capitais segurados se aplicarão a todos os segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para componentes ativos.

14.3. Caso o contrato preveja atualização dos capitais segurados e prêmios por índice de preços, estes serão atualizados monetariamente em cada aniversário da apólice pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem 02 (dois) meses anteriores ao aniversário da apólice.

14.4. Quando houver pagamento de prêmio único ou a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez, deverão ser atualizados pelo índice pactuado, até a data da ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, desde a data da última atualização do prêmio.

14.5. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV).

14.6. Para os seguros de prazo inferior a 01 (um) ano não haverá atualização de valores.

15. PAGAMENTO DO PRÊMIO

15.1. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido nas condições contratuais.

15.1.1. A data-limite para pagamento do prêmio será a expressa no respectivo documento de cobrança.

15.1.2. Quando a data de vencimento coincidir com um dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia subsequente em que houver expediente bancário.

15.2. Qualquer indenização somente passará a ser devida depois que o pagamento do prêmio tiver 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.

15.3. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito ao capital segurado não ficará prejudicado se for realizado ainda naquele prazo.

15.4. Caso haja falta de pagamento do prêmio ou cancelamento do seguro, será observado o disposto nos itens 18 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, destas condições gerais.

15.4.1. Entretanto, nos seguros coletivos de custeio contributivo, se o estipulante deixar de recolher junto à seguradora e 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, e ficando o estipulante sujeito às cominações legais previstas na legislação vigente.

15.4.2. 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, ficará o estipulante obrigado a destacar no documento de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada segurado.

15.5. Os prêmios poderão ser alterados em função da reavaliação das taxas do seguro, conforme previsto no item 16 – REAVALIAÇÃO DE TAXA, destas condições gerais.

15.6. Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez, atualizados pelo IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) e acrescidos de juros e 6% (seis por cento) ao ano, calculados na base “pro rata dia”, bem como de multa de 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez.

16. REAVALIAÇÃO DE TAXA

16.1. Na ocasião da renovação, a seguradora reavaliará, mediante a anuência expressa dos segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, as condições e prêmios do seguro, podendo propor as atualizações necessárias conforme condições contratuais e legislação vigente.

16.2. Em caso de reavaliação de taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

16.3. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

17. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

17.1. A cobertura individual de cada segurado cessará:

- Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante;
- Quando o segurado solicitar por escrito à seguradora sua exclusão da apólice;
- Quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio;
- Com a ocorrência da morte do segurado;
- Com a não renovação ou cancelamento da apólice, respeitando o disposto nos itens 11 – VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DA APÓLICE e 19 – CANCELAMENTO DO SEGURO, destas condições gerais; e
- Quando terminar o período de vigência correspondente ao prêmio de seguro efetivamente pago.

18. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA

18.1. Havendo atraso no pagamento do prêmio, por período superior a 60 (sessenta) dias a contar da data de vencimento, a seguradora se reserva o direito de cancelar automaticamente o seguro.

18.2. Durante o período de inadimplência a cobertura do seguro será mantida com conseqüente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

18.3. A reabilitação do seguro se dará a partir do pagamento das fatura/parcela em atraso, respeitando o disposto no subitem 15.6 do item 15 – PAGAMENTO DO PRÊMIO.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. Decorrido o prazo de inadimplência estabelecido no item 18 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO POR INADIMPLÊNCIA, sem que tenha(m) sido quitada(s) a(s) respectiva(s) parcela(s) do prêmio, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela já paga do prêmio.

19.2. Havendo o desejo por parte do segurado de cancelar o seguro, este deverá encaminhar à seguradora solicitação de próprio punho devidamente assinada. O seguro será cancelado após o último dia do período de vigência correspondente à última parcela do prêmio pago.

19.3. No caso de morte do segurado, o seguro será extinto automaticamente na data do evento coberto.

19.4. O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa dos segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

19.5. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

I - A seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;

II - Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto abaixo:

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção de prazo em dias	% do Prêmio	Relação a ser aplicada sobre a vigência original para obtenção de prazo em dias	% do Prêmio
15/365	13	195/365	73
30/365	20	210/365	75
45/365	27	225/365	78
60/365	30	340/365	80
75/365	37	255/365	83
90/365	40	270/365	85
105/365	46	285/365	88
120/365	50	300/365	90
135/365	56	315/365	93
150/365	60	330/365	95
165/365	66	345/365	98
180/365	70	365/365	100

19.6. Para prazos não previstos na tabela acima, deverá ser utilizado percentual correspondente ao prazo imediatamente superior.

20. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

20.1. COBERTURA DE MORTE

20.1.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, os beneficiários ou representantes legais deverão comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.

20.1.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta dos beneficiários ou representantes legais, salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

20.1.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte dos beneficiários, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

20.1.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado *pro rata temporis* até a data do efetivo pagamento e pagos, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

20.1.4. O valor a ser indenizado aos beneficiários será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

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

- **Comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);**
- **Certidão de Óbito (original ou cópia autenticada);**
- **Cópia do RG/RNE e CPF do segurado;**
- **Comprovante de residência do segurado;**
- **Cópia do Registro de Empregado e comprovante de pagamento do salário do mês do óbito (se for o caso);**
- **Cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário;**
- **Comprovante de residência do beneficiário;**
- **Cópia autenticada da declaração de imposto de renda onde consta que o cônjuge/companheiro(a) seja dependente do segurado(a);**
- **Formulário de autorização de para crédito de indenização em conta corrente;**
- **Boletim de Ocorrência Policial (em caso de acidente);**
- **CNH, se for acidente de trânsito (e quando a vítima for o motorista);**
- **Certidão de Casamento (atualizada no caso de sinistro do cônjuge);**
- **Laudo Necroscópico do IML (em caso de acidente); e**
- **CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (quando o acidente ocorrer durante período de trabalho).**

20.2. COBERTURA DE ANTECIPAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EM FASE TERMINAL

20.2.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, os beneficiários ou representantes legais deverão comunicá-lo à seguradora por meio de impresso próprio, carta, telegrama ou fax e provar sua ocorrência por meio da entrega dos documentos à seguradora.

20.2.2. As despesas efetuadas com a comprovação do evento coberto e os documentos de habilitação do sinistro correrão por conta dos beneficiários ou representantes legais, salvo aquelas efetuadas diretamente pela seguradora.

20.2.3. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte dos beneficiários, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para regular o sinistro.

20.2.3.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculados *pro rata temporis* até a data do efetivo pagamento.

20.2.4. O valor a ser indenizado aos beneficiários será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

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

- **Comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens);**
- **Cópia do RG/RNE e CPF do segurado;**
- **Comprovante de residência do segurado;**
- **Cópia do Registro de Empregado e comprovante de pagamento do salário do mês do óbito;**
- **Cópia do RG/RNE e CPF do beneficiário;**
- **Comprovante de residência do beneficiário;**
- **Formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente; e**
- **Certidão de Casamento (atualizada no caso de sinistro do cônjuge).**

20.2.6. Para recebimento da antecipação, deverá ser apresentada a Declaração Médico-Hospitalar expedida pelo médico ou entidade hospitalar, informando que o diagnóstico e o quadro clínico indicam um estado grave e de comprometimento irreversível, sem possibilidade de recuperação com os recursos médicos e terapêuticos disponíveis, bem como todos os procedimentos médicos que serviram de embasamento ao relatório.

20.2.7. A antecipação da indenização será paga ao segurado ou representante.

20.2.8. Se o segurado vier a falecer durante a vigência do seguro, o capital segurado contratado para a cobertura de morte será pago aos beneficiários indicados na proposta de adesão, deduzindo-se o adiantamento aqui referido, se houver, visto que esta cobertura e a de morte não se acumulam.

20.2.9. A seguradora poderá, em qualquer hipótese, solicitar laudo subscrito pelo médico indicado por ela, o qual ateste o estado terminal reclamado. Caso o segurado não aceite o laudo médico apresentado pela seguradora, será constituída uma junta médica composta por 3 (três) membros, sendo dois indicados respectivamente pelo segurado e pela seguradora e o terceiro, escolhido de comum acordo por ambos. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

20.2.10. Se houver pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado, o seguro será automaticamente extinto.

20.3. As indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único.

20.4. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicar o fato aos beneficiários por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término

da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

20.5. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive, uma única vez, solicitar documentos adicionais que julgue necessários para apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

20.6. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

20.7. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará a seu(s) beneficiário(s) ou representante(s) legal(is) os motivos do não pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do corretor ou agente captador do seguro.

21. PERDA DE DIREITOS

21.1. O segurado e seu(s) beneficiário(s) perderão o direito a qualquer indenização, bem como terão o seguro cancelado, nos seguintes casos:

- Inexatidão ou omissão nas declarações da proposta de adesão, que possa influir ou ter influenciado na aceitação ou taxação do seguro;
- Não cumprimento das obrigações definidas nestas condições gerais;
- Utilização de declarações falsas, simulação de acidente ou agravamento das suas consequências para obter ou aumentar a indenização;
- Agravamento intencional do risco;
- Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado ao pagamento do prêmio vencido;
- Fraude ou tentativa de fraude em laudos médicos que venham justificar falsas moléstias ou falsas datas de início de moléstias;
- Tentativa de impedir ou dificultar qualquer exame ou diligência da seguradora na elucidação do evento coberto;
- Solicitação de exclusão do seguro feita pelo segurado ou pelo estipulante; e
- Dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do seguro por parte dos segurados, seu(s) representante(s) ou seu(s) beneficiário(s) para obter ou majorar seu capital segurado.

21.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I – Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

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

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

21.3. Os segurados estarão obrigados a comunicar à seguradora, logo que souber(em), qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou(aram) de má-fé.

21.4. Entende-se como “agravação do risco” as ocorrências como mudança de atividade ou das informações prestadas na proposta de adesão e na declaração.

21.5. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

22. BENEFICIÁRIOS

22.1. A indicação dos beneficiários deverá ser clara e precisa, sendo de livre escolha do segurado e devendo constar na proposta de adesão preenchida pelo mesmo, observando-se as limitações previstas no Código Civil vigente.

22.2. O(s) beneficiário(s) poderá(ão) ser alterado(s) a qualquer momento pelo segurado, bastando o encaminhamento à seguradora do formulário Informe de Alteração de Nome/Beneficiários, devidamente preenchido e assinado. A alteração de beneficiário só terá validade a partir do recebimento desse formulário pela seguradora, confirmada pelo relógio-datador.

22.3. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, será ilícita a substituição dos beneficiários por ato entre vivos ou de última vontade.

22.3.1. Quando a seguradora não for informada oportunamente da substituição, ficará desobrigada pagando o capital segurado aos antigos beneficiários.

22.4. A pessoa que for legalmente inibida de receber doação do segurado não poderá ser instituída como seu beneficiário.

22.5. Será válida a instituição do (a) companheiro(a) como beneficiário(a) se, no momento da contratação, o segurado se encontrava separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

22.6. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

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

23. SUB-ROGAÇÃO

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

24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades do estipulante:

- a) Fornecer à seguradora todas as informações necessárias para inclusão mensal de segurados e consequente emissão de faturas, se couber;
- b) Manter a seguradora informada a respeito do segurado, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido nesta apólice;
- c) Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo artigo 7º da Resolução CNSP 107/04;
- e) Pagar no banco credenciado, o valor total dos prêmios;
- f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice;
- g) Indicar o nome da seguradora nos documentos e comunicações referentes ao seguro objeto desta contratação, desde que previamente aprovados pela seguradora;
- h) Comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa;
- i) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a regulação de sinistros;
- j) Comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- l) Cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

25. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

25.1. Sem prejuízo de outras obrigações e responsabilidades previstas nas condições contratuais, são obrigações e responsabilidades da seguradora:

- a) Pagar os sinistros a que fizer jus o segurado, em até 30 (trinta) dias da data de recebimento da documentação completa na seguradora, sem prejuízo do fornecimento de quaisquer outros documentos que esta julgar necessários para complementação do processo, voltando, a partir do dia útil subsequente a sua entrega a contagem do prazo para regulação do sinistro;
- b) Informar por escrito ao segurado o não pagamento da fatura por parte do estipulante, se couber;
- c) Emitir mensalmente as faturas, conforme relação de dados enviada pelo estipulante, se couber;
- d) Cumprir todas as cláusulas da presente apólice.

26. DISPOSIÇÕES FINAIS

26.1. Os tributos que incidirem ou vierem a incidir sobre os prêmios serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

26.2. Os prazos prescricionais são aqueles estabelecidos em lei.

26.3. Qualquer modificação da apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa dos segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

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

26.5. Este plano de seguro foi estruturado em regime financeiro de repartição, sendo assim não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados, ao beneficiário ou ao estipulante.

26.6. O registro destas condições gerais na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

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

26.8. Este seguro será 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.

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

26.9.1. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

26.10. A propaganda e a promoção do seguro por parte do estipulante e/ou corretor somente poderão ser feitas com a autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas as condições contratuais da apólice e as normas do seguro, ficando a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

27. FORO

27.1. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado para ações fundadas em direitos ou obrigações decorrentes deste seguro.

CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Desde que contratado, garante o pagamento antecipado do capital segurado da cobertura de morte, ao próprio segurado, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, ocorrida durante a vigência do seguro e consequente de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 4 – RISCOS COBERTOS – desta condição, excetuando-se os **riscos excluídos** previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Agravo Mórbido:** piora de uma doença.

2.2. **Alienação Mental:** distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

2.3. **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.4. **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

2.5. **Auxílio:** a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.6. **Ato Médico:** procedimento técnico–profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

2.7. **Cardiopatia Grave:** doença relacionada às afecções do coração considerada grave.

2.8. **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.

2.9. **Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

2.10. **Consumpção:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.11. **Dados Antropométricos:** peso e a altura do segurado.

2.12. **Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.13. **Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

-
- 2.14. Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- 2.15. Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.16. Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.17. Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.18. Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, em que o paciente é considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico-assistente.
- 2.19. Doença Neoplásica Maligna Ativa:** crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade.
- 2.20. Doença Profissional:** aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 2.21. Estado Conexo:** o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.
- 2.22. Etiologia:** causa de cada doença.
- 2.23. Fator de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.24. Hígido:** saudável.
- 2.25. Médico-Assistente:** médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.26. Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.27. Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.28. Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.29. Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.30. Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.31. Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar.

2.32. Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.33. Transferência Corporal: capacidade do segurado de se deslocar de um local para outro sem qualquer auxílio.

3. DA COBERTURA

3.1. 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 comprovadas na forma definida nas condições gerais e/ou especiais. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Considera-se “Risco Coberto” a ocorrência, comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestados por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:

- 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 seu 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 sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no 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**:
 - Cegueira na qual a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado;

- i) Os seguintes estados mórbidos decorrentes de doença:
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

4.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF – **Anexo**, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

4.3. O IAIF – Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional é composto por dois documentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, avalia, por meio de escalas com 03 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

4.4. O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

4.5. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

4.6. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados.

4.7. O segundo documento, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas.

4.8. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, 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, especificados a seguir:

- a) Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e**
- c) Doenças agravadas por traumatismos.**

6. CARÊNCIA

6.1. Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido no contrato.

6.2. O período de carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou Exame Médico.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. A idade máxima para adesão à cobertura e permanência sob a mesma será definida no contrato.

8. CAPITAIS SEGURADOS

8.1. Os capitais segurados serão determinados pelo estipulante através do contrato.

8.2. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado será realizado sob forma de parcela única.

9. PRÊMIO

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

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica devidamente preenchida e assinada por médico-assistente.

10.2. 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, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

10.3. O Formulário de Aviso de Sinistro deverá ser preenchido e assinado pelo segurado ou por seu representante.

10.4. Em anexo ao Aviso de Sinistro deve ser encaminhada Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

10.5. Da Declaração Médica deverão constar 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 – RISCOS COBERTOS.

10.6. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:

- a) **Cópia do RG/RNE, CPF e comprovante de residência do segurado;**
- b) **Formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente; e**
- c) **Relatório do médico-assistente do segurado:**
 - **Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada; e**
 - **Detalhando o 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 autonômicas do segurado.**
- d) **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.**

10.7. Protocolado o Aviso de Sinistro, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento, de uma só vez, do respectivo capital segurado.

10.7.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

– Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado *pro rata temporis* desde a data da exigibilidade da obrigação pecuniária até a data do efetivo pagamento.

10.8. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

10.9. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

10.10. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao segurado ou representantes legais os motivos do não pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do estipulante, corretor ou agente captador do seguro.

10.11. O segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

11. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

11.1. 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, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

11.2. A seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os 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.

12. PERÍCIA MÉDICA

12.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

12.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora, arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

13. JUNTA MÉDICA

13.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

13.2. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

13.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

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

14. CANCELAMENTO DO SEGURO

14.1. Desde que efetivamente comprovada, por ser a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da Cobertura de Morte, seu pagamento extinguirá, 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 com atualização monetária.

14.2. Caso não seja comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais condições contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.

15. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

15.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença serão de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas efetuadas 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 constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

16. DISPOSIÇÃO FINAL

16.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

ANEXO
CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA DE IFPD (ANTECIPAÇÃO DA MORTE)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sem supervisão; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor?	00
	2º GRAU: O segurado apresenta desorientação; necessita de assistência à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e/ou déficit cognitivo?	10
	3º GRAU: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental?	20
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?	00
	2º GRAU: O segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição?	10
	3º GRAU: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, encontrando-se 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 assistência e/ou auxílio técnico?	20

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O segurado realiza, sem assistência, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos?	00
	2º GRAU: O segurado necessita de assistência e/ou auxílio técnico eventuais 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 assistência mantida para as atividades diárias de higiene e asseio pessoal, assim como para aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40 (quarenta)?	2
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso?	2
Há curso de recidiva e/ou progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não a disfunção imune?	4
Existem mais de 2 (dois) fatores agravantes de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade?	4
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica?	8

CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – COBERTURA AUTÔNOMA

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Desde que contratado, garante o pagamento do capital segurado, ao próprio segurado, em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, ocorrida durante a vigência do seguro e consequente de doença que cause a perda da existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 4 – RISCOS COBERTOS – desta condição, excetuando-se os **riscos excluídos** previstos nas condições contratuais, seguro este cujo capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Agravo Mórbido:** piora de uma doença.

2.2. **Alienação Mental:** distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

2.3. **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.4. **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

2.5. **Auxílio:** a ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.6. **Ato Médico:** procedimento técnico–profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

2.7. **Cardiopatia Grave:** doença relacionada às afecções do coração considerada grave.

2.8. **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.

2.9. **Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

2.10. **Consumpção:** definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.11. **Dados Antropométricos:** peso e a altura do segurado.

2.12. **Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.13. **Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.14. **Disfunção Imunológica:** incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

-
- 2.15. Doença Crônica:** doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 2.16. Doença Crônica em Atividade:** doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.17. Doença Crônica de Caráter Progressivo:** doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.18. Doença em Estágio Terminal:** aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, em que o paciente é considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 2.19. Doença Neoplásica Maligna Ativa:** crescimento celular desordenado provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres e tumores malignos em atividade.
- 2.20. Doença Profissional:** aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 2.21. Estado Conexo:** o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.
- 2.22. Etiologia:** causa de cada doença.
- 2.23. Fator de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.24. Hígido:** saudável.
- 2.25. Médico-Assistente:** médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.26. Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.27. Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.28. Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.29. Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.30. Relações Existenciais:** aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 2.31. Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo de se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente bem como nele se deslocar.
- 2.32. Sequela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.33. Transferência Corporal: capacidade do segurado de se deslocar de um local para outro sem qualquer auxílio.

3. DA COBERTURA

3.1. 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 comprovadas na forma definida nas condições gerais e/ou especiais. Esse quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 10 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.

4. RISCOS COBERTOS

4.1. Considera-se “risco coberto” a ocorrência, comprovada de acordo com os critérios vigentes à época da regulação do sinistro e atestadas por um médico legalmente habilitado, de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doenças:

- 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 seu 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 sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no 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:**
 - Cegueira na qual a acuidade visual for igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob o estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por um médico legalmente habilitado; e
- i) Os seguintes estados mórbidos decorrentes de doença:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;

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

4.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por meio de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF – **Anexo**, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

4.3. O IAIF – Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional é composto por dois documentos. O primeiro, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e Estados Conexos, avalia, por meio de escalas com 03 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

4.4. O 1º (primeiro) grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

4.5. Para a classificação no 2º (segundo) ou no 3º (terceiro) grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

4.6. Todos os atributos constantes no primeiro documento serão obrigatoriamente avaliados e pontuados.

4.7. O segundo documento Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Riscos e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas.

4.8. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além dos riscos mencionados no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, 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, especificados a seguir:

- a) Perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e**
- c) Doenças agravadas por traumatismos.**

6. CARÊNCIA

6.1. Poderá haver carência para esta cobertura, conforme período definido no contrato.

6.2. O período de carência poderá, a critério da seguradora, ser reduzido ou substituído por Declaração Pessoal de Saúde e/ou Exame Médico.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. A idade máxima para adesão à cobertura e permanência sob a mesma será definida no contrato.

8. CAPITAIS SEGURADOS

8.1. Os capitais segurados serão determinados pelo estipulante através do contrato.

8.2. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado contratado será realizado sob forma de parcela única.

9. PRÊMIO

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

10. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

10.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica devidamente preenchida e assinada por médico-assistente.

10.2. 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, será estabelecida por meio da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

10.3. O Formulário de Aviso de Sinistro deverá ser preenchido e assinado pelo segurado ou por seu representante.

10.4. Em anexo ao Aviso de Sinistro deve ser encaminhada Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

10.5. Da Declaração Médica deverão constar 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 – RISCOS COBERTOS.

10.6. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:

- a) **Cópia do RG/RNE, CPF e comprovante de residência do segurado;**
- b) **Formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente; e**
- c) **Relatório do médico-assistente do segurado:**
 - **Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta tiver sido oficialmente diagnosticada; e**
 - **Detalhando o 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 autonômicas do segurado.**
- d) **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.**

10.7. Protocolado o Aviso de Sinistro, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para se manifestar sobre o reconhecimento da invalidez e o pagamento do respectivo capital segurado.

10.7.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo

– Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado *pro rata temporis* desde a data da exigibilidade da obrigação pecuniária até a data do efetivo pagamento.

10.8. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

10.9. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

10.10. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará ao segurado ou representantes legais os motivos do não pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do estipulante corretor ou agente captador do seguro.

10.11. O segurado se compromete a se submeter à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico.

11. O NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

11.1. 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, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

11.2. A seguradora reserva-se o direito de não reconhecer como Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença os 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.

12. PERÍCIA MÉDICA

12.1. A seguradora reserva-se o direito de efetuar perícia médica a qualquer momento, a fim de elucidar quaisquer dúvidas relativas à ocorrência do evento.

12.2. A perícia será efetuada por médico designado pela seguradora arcando esta com os custos relativos a seus honorários, sem quaisquer ônus para o segurado.

13. JUNTA MÉDICA

13.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a seguradora proporá ao segurado, por meio de correspondência escrita dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

13.2. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

13.3. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo segurado e pela seguradora.

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

14. CANCELAMENTO DO SEGURO

14.1. Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o pagamento do capital segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta cobertura. Nessa hipótese, os prêmios relativos à cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do capital segurado, serão devolvidos, atualizados monetariamente. A cobertura de morte, assim como as demais coberturas adicionais eventualmente contratadas e vigentes à época do pagamento do capital segurado por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, continuarão vigentes, sendo devido o prêmio correspondente.

14.2. Caso não seja comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como a cobertura de morte e as demais eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

15. DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

15.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença serão de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas efetuadas 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 constituirão ato de reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

16. DISPOSIÇÃO FINAL

16.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

ANEXO
CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA IFPD (COBERTURA AUTÔNOMA)

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

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

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sem supervisão; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor?	00
	2º GRAU: O segurado apresenta desorientação; necessita de assistência à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e/ou déficit cognitivo?	10
	3º GRAU: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental?	20
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?	00
	2º GRAU: O segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição?	10
	3º GRAU: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, encontrando-se 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 assistência e/ou auxílio técnico?	20

ATRIBUTOS (DESVANTAGENS)	ESCALAS (GRADUAÇÃO)	VALORAÇÃO (PONTOS)
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O segurado realiza, sem assistência, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos?	00
	2º GRAU: O segurado necessita de assistência e/ou auxílio técnico eventuais 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 assistência mantida para as atividades diárias de higiene e asseio pessoal, assim como para aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias?	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40 (quarenta)?	2
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso?	2
Há curso de recidiva e/ou progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não a disfunção imune?	4
Existem mais de 2 (dois) fatores agravantes de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade?	4
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica?	8

CONDIÇÃO ESPECIAL CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao próprio segurado, em caso de falecimento de seu cônjuge, ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os **riscos excluídos** previstos nas condições contratuais.

1.1.1. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

1.2. Por esta cláusula suplementar, também farão parte do grupo segurado os cônjuges de todos os segurados, desde que a esse grupo já não pertençam como segurados.

1.3. O cônjuge poderá, também, participar das coberturas descritas nas condições especiais, mediante solicitação na proposta de adesão, e desde que sejam contratadas pelo segurado.

2. CONCEITO

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

3. INCLUSÃO NO SEGURO

3.1. Participarão do presente seguro os cônjuges de todos os segurados.

3.2. Equipara-se ao cônjuge o(a) companheiro(a) do segurado, desde que comprovada a união estável entre ambos, de acordo com a legislação em vigor.

3.3. Os segurados pertencentes a categorias para as quais não são expedidas Carteiras Profissionais de Trabalho podem incluir no seguro os(as) companheiros(as), quando estes(as) estiverem registrado(as) de acordo com regulamentação própria.

3.4. **A indicação do cônjuge para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão, ou caso ocorra a inclusão de cônjuge não legalmente habilitado ou, ainda, caso o cônjuge incluso já faça parte do grupo segurado como segurado, não haverá direito à indenização, sendo nesses últimos casos devolvidos os VALORES DO PRÊMIO REFERENTE À INCLUSÃO INDEVIDA DA COBERTURA DE CÔNJUGE.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. De acordo com o disposto no item 4 – **RISCOS EXCLUÍDOS** das condições gerais.

5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE

5.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:

- Na data do início da garantia do risco individual do segurado; e

- Na data da inclusão da condição no seguro, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE

6.1. O seguro do cônjuge terminará:

- Com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- Com o cancelamento desta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- Com o término do seguro do segurado principal;
- Com a morte, com a invalidez funcional total e permanente por doença do segurado;
- Na ocorrência de separação judicial ou divórcio;
- No caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR), quando se tratar de companheiro(a); e/ou
- A pedido por escrito do segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O capital segurado do cônjuge incluído automaticamente e as coberturas contratadas serão definidos no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado.

8. PRÊMIO

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

9. BENEFICIÁRIO

9.1. A indenização devida por esta condição será paga ao respectivo segurado.

10. CESSAÇÃO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

10.1. Esta cláusula suplementar cessará:

- Facultativamente, no aniversário da apólice, por iniciativa da seguradora ou do estipulante, mediante aviso por escrito com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência; e
- Obrigatoriamente, quando a apólice da qual esta Condição Especial da Cláusula Suplementar é parte integrante for cancelada ou não renovada.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Será o disposto nas condições gerais do seguro e de acordo com cada cobertura contratada.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao próprio segurado, em caso de falecimento de seu cônjuge, ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os **riscos excluídos** previstos nas condições contratuais.

1.1.1. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual.

1.2. O cônjuge poderá, também, participar das coberturas descritas nas condições especiais, mediante solicitação na proposta de adesão, e desde que sejam contratadas pelo segurado.

2. CONCEITO

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

3. INCLUSÃO NO SEGURO

3.1. Participarão do presente seguro os cônjuges dos segurados que expressamente autorizarem/solicitarem sua inclusão de forma facultativa.

3.2. **A indicação do cônjuge para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado. Desta forma, caso não ocorra a inclusão, ou caso ocorra a inclusão de cônjuge não legalmente habilitado ou, ainda, caso o cônjuge incluso já faça parte do grupo segurado, não haverá direito à indenização, sendo nesses últimos casos devolvidos os VALORES DO PRÊMIO REFERENTE À INCLUSÃO INDEVIDA DA COBERTURA DE CÔNJUGE.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. De acordo com o disposto no item 4 – **RISCOS EXCLUÍDOS** das condições gerais.

5. INÍCIO DO SEGURO DO CÔNJUGE

5.1. A cobertura dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

- Na data do início da cobertura do risco individual do segurado, desde que a inclusão de seu cônjuge seja solicitada simultaneamente, mediante análise e aceitação pela seguradora; e
- Quando este não for incluído simultaneamente com o segurado, o início de vigência do risco individual do seguro do cônjuge será a partir da vigência correspondente ao mês da solicitação expressa do segurado.

6. TÉRMINO DO SEGURO DO CÔNJUGE

6.1. O seguro do cônjuge terminará:

- Com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cobertura Suplementar;
- Com o cancelamento desta Condição Especial da Cobertura Suplementar;

-
- Com o término do seguro do segurado;
 - Com a morte, com sua invalidez funcional permanente e total por doença do segurado;
 - Na ocorrência de separação judicial ou de fato;
 - No caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR), quando se tratar de companheiro(a); e/ou
 - A pedido por escrito do segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O capital segurado do cônjuge facultativo e as coberturas contratadas serão definidos no contrato, não podendo, no entanto, em nenhum caso, exceder 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para o segurado.

8. PRÊMIO

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

9. BENEFICIÁRIO

9.1. A indenização devida por esta condição será paga ao respectivo segurado.

10. CESSAÇÃO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

10.1. Esta cobertura suplementar cessará:

- Facultativamente, no aniversário da apólice, por iniciativa da seguradora ou do estipulante, mediante aviso por escrito com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência;
- Obrigatoriamente, quando a apólice da qual esta Condição Especial da Cobertura Suplementar é parte integrante for cancelada ou não renovada.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Será o disposto nas condições gerais do seguro e de acordo com cada cobertura contratada.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado ao próprio segurado em caso de falecimento de algum de seus filhos dependentes, ocorrido durante a vigência do seguro, **excetuando-se os riscos excluídos** previstos nas condições contratuais.

1.1.1. O capital segurado será limitado no contrato e indicado no certificado individual, e desde que seja contratada a mesma cobertura para o cônjuge, com inclusão automática na apólice.

1.2. Cada filho está coberto apenas uma vez, mesmo que ambos os pais sejam segurados, sendo considerado dependente do cônjuge de maior capital segurado.

1.3. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a cobertura de morte destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:

- a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado para filhos;
- b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.

2. CONCEITO

2.1. Entende-se como “filho(s)” o(s) considerado(s) dependente(s) econômico(s) do segurado, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda (IR):

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

2.2. Não podem participar desta cobertura os filhos que façam parte do grupo de segurados.

3. INCLUSÃO NO SEGURO

3.1. Participarão do presente seguro todos os filhos do segurado, desde que estejam em perfeitas condições de saúde.

3.2. A indicação do(s) filho(s) para inclusão é de inteira responsabilidade do segurado, que se responsabiliza pelo estado de saúde do filho incluído no seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. De acordo com o disposto no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

5. INÍCIO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA

5.1. A garantia dos riscos individuais previstos nesta condição começará a vigorar:

- Na data do início da garantia do risco individual do segurado; e

- Na data da inclusão da condição na Apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

6. TÉRMINO DO SEGURO DOS FILHOS

6.1. O seguro terminará:

- Com o cancelamento da apólice à qual está vinculada esta Condição Especial da Cláusula Suplementar;
- Com o cancelamento desta Condição Especial da Clausula Suplementar;
- Com o término do seguro do segurado;
- Com a morte do segurado, com sua invalidez permanente total por acidente ou com sua invalidez funcional permanente e total por doença; e/ou
- A pedido por escrito do segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O capital segurado da cobertura de morte dos filhos não poderá, em hipótese alguma, ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado.

8. PRÊMIO

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

9. BENEFICIÁRIO

9.1. A indenização devida por esta condição será paga ao respectivo segurado. Na hipótese de morte simultânea, a indenização será paga aos herdeiros legais.

10. CESSAÇÃO DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR

10.1. Esta Cláusula Suplementar cessará:

- Facultativamente, no aniversário da apólice, por iniciativa da seguradora ou do estipulante, mediante aviso por escrito com prazo mínimo de 60 (sessenta) dias de antecedência; e
- Obrigatoriamente, quando a apólice da qual esta Condição Especial da Cobertura Suplementar é parte integrante for cancelada ou não renovada.

11. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

11.1. Será o disposto nas condições gerais do seguro.

12. DISPOSIÇÃO FINAL

12.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o **adiantamento** de um percentual da cobertura de morte, em caso de morte do segurado, cônjuge ou filhos (se houver), para auxílio nas despesas havidas com o funeral, conforme limites estabelecidos nas condições contratuais.

1.2. Estarão elegíveis a esta condição:

- O segurado; e
- O cônjuge e filhos, se for contratada a cláusula suplementar correspondente.

1.3. Para a utilização desta cobertura o segurado poderá acessar pelos telefones constantes nos documentos encaminhados com as seguintes informações:

- Nome completo; e
- Número do certificado.

1.4. Para efeito de cobertura e determinação do capital segurado, será considerada “data do evento coberto” a data de falecimento do segurado, cônjuge ou filhos (se houver), comprovado mediante Certidão de Óbito.

1.5. A concessão do adiantamento para o auxílio funeral não implicará no reconhecimento das demais coberturas do seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. De acordo com o disposto no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

3. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

3.1. Para pagamento da cobertura a pessoa responsável pelo pagamento do funeral deverá enviar os seguintes documentos à seguradora:

- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- RG/RNE e CPF do segurado (cópia autenticada);
- RG/RNE, CPF e comprovante de residência da pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral (cópia autenticada);
- Formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente; e
- Notas fiscais e recibos das despesas com o funeral (original).

3.2. No caso do falecimento do(a) cônjuge ou companheiro(a), além dos documentos descritos no item acima, deverá ser enviada a Certidão de Casamento ou uma declaração oficial que ateste a condição de companheiro(a).

3.3. No caso de falecimento do(s) filho(s), além dos documentos descritos no item acima, deverá ser enviada a Certidão de Nascimento.

3.3.1. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos esta cobertura destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, observando-se que:

- a) **Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, até o limite do capital segurado;**
- b) **Não estão cobertas as despesas com aquisição de terreno, jazigo ou carneiros.**

3.4. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte dos beneficiários, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para efetuar o pagamento.

3.4.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado *pro rata temporis* até a data do efetivo pagamento.

3.5. O valor a ser pago aos beneficiários será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

3.6. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicá-lo o fato aos beneficiários por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

3.7. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

3.8. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

3.9. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a Seguradora comunicará aos beneficiários ou representantes legais os motivos do não pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do estipulante, corretor ou agente captador do seguro.

4. DISPOSIÇÃO FINAL

4.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao beneficiário do seguro, em caso de falecimento do segurado ocorrido durante a vigência do seguro, excetuando-se os riscos excluídos previsto nas condições contratuais.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. De acordo com o disposto no item 4 – RISCOS EXCLUÍDOS das condições gerais.

3. PRÊMIO

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

4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

4.1. Para pagamento da cobertura o beneficiário deverá enviar os seguintes documentos à seguradora:

- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- RG/RNE e CPF do segurado (cópia autenticada);
- RG/RNE, CPF e comprovante de residência dos beneficiários (cópia autenticada); e
- Formulário de autorização para crédito de indenização em conta corrente.

4.2. A partir da entrega de toda a documentação exigível por parte dos beneficiários, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para efetuar o pagamento.

4.2.1. Caso a regulação do sinistro supere o prazo de 30 (trinta) dias conforme descrito no caput, o capital segurado será atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo – Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), acrescido de juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, calculado *pro rata temporis* até a data do efetivo pagamento.

4.3. O valor a ser pago aos beneficiários será igual ao valor do capital segurado vigente na data do evento.

4.4. Quando a seguradora recusar um sinistro com base nas condições contratuais do seguro, deverá comunicá-lo o fato aos beneficiários por escrito, no prazo de 15 (quinze) dias contados da data do término da análise da documentação que constatou e fundamentou a recusa, expressando os motivos para a mesma.

4.5. Em caso de dúvida fundada e justificável será facultada à seguradora a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo inclusive solicitar documentos que julgue necessários para a apuração do sinistro. **Nesse caso, a contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega da documentação solicitada.**

4.6. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para verificar se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anteriormente à data do sinistro.

Sede Berrini

Avenida das Nações Unidas, 11.711 • Brooklin
São Paulo • SP • Brasil • 04578-000

www.mapfre.com.br



4.7. As providências ou atos que a seguradora praticar após o evento não implicarão, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer sinistro. Quando o evento ocorrido não tiver cobertura, a seguradora comunicará aos beneficiários ou representantes legais os motivos do não pagamento da indenização, o que poderá ser feito por intermédio do estipulante, corretor ou agente captador do seguro.

5. DISPOSIÇÃO FINAL

5.1. Serão aplicadas a esta condição especial todas as disposições contidas nas condições gerais não modificadas pelas presentes condições especiais.

CONDIÇÃO ESPECIAL CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE EXCEDENTE TÉCNICO

A apuração do excedente técnico da apólice a ser implantada será realizada de forma anual, pagando lucro para o próximo período de apuração.

A apuração do excedente técnico será efetuada de acordo com a seguinte Cláusula Suplementar:

1. O resultado técnico da apólice será apurado anualmente conforme os critérios mínimos abaixo:

- a) Para fins de apuração dos resultados técnicos, consideram-se “receitas”:
- Os prêmios de competência correspondentes ao período de apuração e efetivamente pagos;
 - O estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
- b) Para fins de apuração dos resultados técnicos, consideram-se “despesas”:
- As comissões de corretagem pagas durante o período;
 - As comissões de agenciamento pagas durante o período;
 - Os custos de IOF, COFINS e PIS incidentes sobre a operação de seguros;
 - O valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e avisados no período de apuração, considerando-se os pagos e pendentes e computando-se de uma vez os sinistros com pagamento parcelado;
 - A reserva de IBNR, apurado conforme as normas técnicas, correspondente aos sinistros ocorridos durante a vigência da apólice e ainda não avisados por ocasião do vencimento da mesma;
 - O valor total das despesas de investigação que porventura se fizerem necessárias à regulação dos sinistros avisados no período de apuração;
 - Os saldos negativos dos períodos anteriores ainda não compensados;
 - As despesas efetivas de administração da seguradora de acordo com o estabelecido no contrato; e
 - Outras despesas extraordinárias.

2. As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- O aviso à seguradora, para sinistros;
- A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- As datas em que incorreram, para as despesas de administração; e
- Outras datas estabelecidas na cláusula de excedente técnico.

-
3. A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no contrato até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no contrato.
 4. A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no contrato, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
 5. Nos seguros parcialmente ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida na cláusula de excedente técnico.
 6. No caso de cancelamento da apólice ou não renovação, a última apuração do excedente técnico a ser concedido ao estipulante será pago em 6 (seis) parcelas mensais, descontados os sinistros que porventura vierem a ser avisados, pagos ou que estejam pendentes após a data de cancelamento.