



Condições Gerais de Acidentes Pessoais Coletivo Generali Seguros (Atualizadas até Junho de 2006)

1. OBJETIVO DO SEGURO
2. DEFINIÇÕES
3. ACEITAÇÃO DO SEGURO
4. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS
5. OBRIGAÇÕES
 - 5.1 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE
 - 5.2 OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA
 - 5.3 OBRIGAÇÕES DO SEGURADO
6. GARANTIAS DO SEGURO
7. RISCOS EXCLUÍDOS
8. INCLUSÃO DE DEPENDENTES
9. CAPITAL SEGURADO
10. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA
11. CARÊNCIAS E FRANQUIAS
12. PAGAMENTO DE PRÊMIOS
13. CRITÉRIO DE TAXAÇÃO
14. BENEFICIÁRIOS
15. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS
16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO
17. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO
18. CANCELAMENTO DO SEGURO
19. PERDA DE DIREITO
20. CESSAÇÃO DA COBERTURA
21. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS
22. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA
23. TAXA DE JUROS
24. REGIME FINANCEIRO
25. SUB ROGAÇÃO
26. EXCEDENTES TÉCNICOS
27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO
28. ROTINAS OPERACIONAIS
29. MOEDA
30. IMPOSTOS
31. COSSEGURO
32. FORO
33. RATIFICAÇÃO
34. REGISTRO NA SUSEP



CONDIÇÕES GERAIS DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

1. OBJETIVO DO SEGURO

O objetivo deste seguro é garantir o pagamento do capital segurado, a prestação de serviços e/ou o reembolso, quando cabível, ao próprio Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), caso ocorra quaisquer dos eventos previstos nas condições e cláusulas deste seguro, desde que tais eventos estejam incluídos nas coberturas contratadas pelo Estipulante e Segurado.

Conforme artigo 53 da circular 307/05.

2. DEFINIÇÕES

Contidas no Glossário, anexo inseparável das presentes condições.

Conforme artigo 54 da circular 302/05 e artigo 5º da resolução 117/04

3. ACEITAÇÃO DO SEGURO

A celebração ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete.

Conforme artigo 1º da circular 251/04, artigo 2º da resolução 107/04 e artigos 17§1 e 22 da resolução 117/04.

3.1. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente aditivo, observada a ressalva disposta no item 21 posterior.

Conforme artigo 105 da circular 302/05 e artigo 5º da circular 317/06.

3.2. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e à aceitação do risco.

3.3. Caberá à sociedade seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

Conforme artigo 1º,§2º da circular 251/04 e artigo 2º parágrafo único da resolução 117/04.

3.4. A adesão à apólice deverá ser realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de Proposta Individual de Adesão, para prévia análise de aceitação da Seguradora, e desta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

Conforme artigo 6º, parágrafo único da resolução 107/01 e artigo 65da resolução 117/04.

3.4.1. Para a aceitação de que trata o subitem anterior, poderão ser exigidos outros documentos, tais como declaração pessoal de saúde, declaração de atividade laborativa ou exames médicos, correndo as custas às expensas da sociedade seguradora.

Conforme artigo 65,§1º da resolução 117/01.

3.5. A proposta de adesão de cada proponente integrará o contrato, após sua aceitação pela sociedade seguradora.

Conforme artigo 6º,§2º da resolução 117/04.

3.6. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação da proposta, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

Conforme artigo 2º da circular 251/04 e artigo 56 da resolução 117/04.

3.7. Caso o proponente do seguro seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no subitem 3.6 anterior.

Conforme artigo 2º,§1º da circular SUSEP 251/04.

3.8. Se o proponente for pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no subitem 3.6 anterior, desde que a sociedade seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxaço do risco.

Conforme artigo 2º,§2º da circular 251/04.

3.9. No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, conforme disposto nos subitens 3.7 e 3.8 anteriores, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 3.6 anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

Conforme artigo 2º, §3º da circular 251/04.

3.10. Ficarà a critério da sociedade seguradora a decisão de informar ou não, por escrito, ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros a aceitação da proposta, devendo, no entanto, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal ao corretor/Estipulante, no caso de sua não-aceitação, justificando a recusa.

Conforme artigo 2º,§1º da circular 251/04.

3.11. A ausência de manifestação, por escrito, da sociedade seguradora, nos prazos previstos no subitem 3.6 anterior, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

Conforme artigo 2º,§2º da circular 251/04.

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

Conforme artigo 8º,§3º da circular 51/04 e artigo 9º inciso IX do anexo I da circular 255/04.

3.12.1. A referida quantia será devolvida diretamente em nome do proponente ou deduzida dos prêmios a pagar da próxima fatura; neste último caso, constará a devolução registrada no demonstrativo de fatura respectivo, sendo de responsabilidade do Estipulante sua devolução ao proponente.

Condição Contratual.

3.13. É obrigatória a emissão da apólice e envio ao Estipulante, pela sociedade seguradora, no início do seguro. Em cada uma das renovações subsequentes seguirá o correspondente aditivo.

Conforme artigo 2º da resolução 117/01.

3.14. É obrigatória a emissão do certificado individual envio ao Segurado, pela sociedade seguradora, no início do seguro e em cada uma das renovações subsequentes.

Conforme artigo 3º da circular 317/06 e artigo 5º,§1º da resolução 117/01.

3.15. A emissão da apólice, do certificado ou dos aditivos será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

Conforme artigo 9º da circular 51/04.

3.15.1. O disposto no subitem 3.14 anterior não se aplica no caso de Seguros de Pessoas com capital global.

Conforme artigo 3º,§1º d a Circular 17/06.



3.16. O certificado de que trata o subitem 3.14 anterior deverá conter os seguintes elementos mínimos, além daqueles previstos nas demais legislações que abordem o tema:

a) data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes; e

b) capital segurado de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes, além do prêmio total.

Conforme artigo 1º, §2º da circular 317/06.

3.17. Caberá ao diretor responsável pelos controles internos ou a outro diretor designado pela sociedade seguradora a responsabilidade pelo cumprimento do disposto neste artigo.

Conforme artigo 1º, §3º da circular 317/06.

3.18. Não será estabelecida a inclusão nas condições contratuais de cláusula de concorrência de apólices, exceto no caso de coberturas que garantam o reembolso de despesas.

Conforme artigo 31 da circular 37/06.

3.18.1. Possuindo o segurado mais de uma apólice, nesta ou em outra seguradora, garantindo despesas médico-hospitalares, conforme ressalva contida no subitem anterior, a responsabilidade desta seguradora, nesta apólice, será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta garantia em cada uma delas.

Condição Contratual.

3.19. Não será estabelecida a inclusão nas condições contratuais de cláusula que exija do segurado a comunicação à sociedade seguradora de contratação posterior de outros seguros de pessoas, com coberturas concomitantes.

Conforme artigo 31, §2º da circular 302/05.

3.20. É facultado à sociedade seguradora solicitar, quando da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, para efeito de subscrição, informação do proponente ou do segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

Conforme artigo 31, §1º da circular 302/05

3.21. Nos casos em que a aceitação da proposta depender de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, os prazos previstos no subitem 3.6 anterior serão suspensos, até que o ressegurador se manifeste formalmente sobre a aceitação.

Conforme artigo 3º da circular 251/04.

3.21.1. A sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos no subitem 3.6 anterior, deverá informar, por escrito, ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, a inexistência de cobertura.

Conforme artigo 3, §1º circular 251/04.

3.22.2. Na hipótese prevista no subitem anterior, é vedada a cobrança de prêmio total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta.

Conforme artigo 3º, §2º da circular 251/04.

3.23. Deficientes Físicos

Os portadores de deficiência física que fizerem parte do grupo segurável estarão aceitos em todas as coberturas, todavia, ficando excluídos de cobertura os riscos relacionados na alínea "f" do item 7 posterior.

Conforme artigo 32 da circular 302/05.

3.24. As condições contratuais do seguro deverão estar à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva proposta de contratação, no caso de plano individual, ou da proposta de adesão, no caso de plano coletivo, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais.

Conforme artigo 27 da circular 302/05 e artigo 53 da resolução 107/04.

3.25. No Seguro de Pessoas, a apólice ou bilhete não podem ser ao portador.

Conforme artigo 26º, parágrafo único do Código Civil.

3.26. A data de aceitação da proposta será aquela em que a seguradora se manifestar formalmente ou a de término dos prazos previstos no subitem 3.6 anterior; nesta última hipótese, em caso de ausência de manifestação formal em contrário, por parte da Seguradora.

Conforme artigo 4º, Incisos I e II da circular 117/04

3.27. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

Somente serão aceitos no grupo segurado os proponentes pertencentes ao grupo segurável, isto é, que de qualquer modo se vinculem ao Estipulante, que estejam em gozo de boa saúde e em plena atividade profissional, observados os limites de idade e de capitais segurados, e que tiverem preenchido e assinado a Proposta Individual de Adesão, com a Declaração Pessoal de Saúde (DPS), quando exigida, o que será ratificado nas Condições Particulares da

apólice. A aceitação do Segurado fica condicionada à análise, pela Seguradora e a seu critério, da Proposta Individual de Adesão.

Condição Contratual.

3.27.1. O vínculo de que trata o subitem anterior deverá estar, de forma clara e objetiva, definido na proposta mestra de contratação.

Conforme artigo 18, parágrafo único da resolução 117/04.

3.27.2. Para a contratação do seguro sobre a vida dos outros, o proponente é obrigado a declarar, sob pena de falsidade, o seu interesse pela preservação da vida da pessoa que deseja segurar. Até prova em contrário, presume-se o interesse quando a pessoa a quem se deseja segurar é cônjuge, ascendente ou descendente do interessado.

Conforme artigo 790 do Código Civil.

3.27.3. Nos seguros não-contributários, todos os dirigentes, empregados ou associados do Estipulante serão incluídos na apólice, excetuando-se apenas as pessoas impedidas de serem seguradas e aquelas que se manifestarem expressamente contra sua inclusão no seguro.

Condição Contratual.

3.27.4. Podem ser aceitos na Cobertura Básica e em todas as Cláusulas Adicionais e Especiais, mediante prévio acordo entre as partes, os aposentados por tempo de serviço que estejam em perfeitas condições de saúde, o que constará das Condições Particulares da apólice.

Condição Contratual.

3.27.4.1. O aposentado somente será mantido no seguro enquanto seu prêmio for pago por intermédio do Estipulante.

Condição Contratual

3.27.5. Se o Segurado houver sido aceito no seguro com idade acima do limite fixado na apólice, por motivo de inexatidão na informação de sua idade ou data de nascimento, por qualquer motivo, seu seguro será considerado nulo, sem direito a qualquer devolução de prêmio, ainda que a constatação do erro



na idade aconteça quando ocorrer algum evento coberto pela apólice.

Condição Contratual.

3.27.6. O plano coletivo deverá estar disponível para todos os componentes do grupo que atendam as condições previstas nas Condições Particulares da apólice, para ingresso no grupo segurado.

Conforme artigo 20 da resolução 117/04.

3.27.7. No caso de recepção de grupo de segurados e assistidos, originada em processo de migração de apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja cobertura esteja em vigor, inclusive aqueles afastados do serviço ativo, por acidente ou doença. Para fins do presente, a "migração de apólices" tem seu conceito definido no glossário.

Conforme artigo 21 da resolução 117/04.

3.27.8. No caso de recepção de grupo de Segurados e assistidos, não originada em processo de migração de apólices, a aceitação dos afastados é facultativa e está condicionada à prévia análise e aceitação da Seguradora.

Para tal fim necessário se faz o envio das seguintes informações: nome, CPF, CID-10, capital Segurado, data de nascimento, data de afastamento.

Condição Contratual.

4. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido dos poderes de representação dos Segurados perante as sociedades seguradoras.

Conforme artigo 1º da resolução 107/04.

4.1. As apólices coletivas em que o Estipulante possua, com o grupo segurado, exclusivamente, o vínculo de natureza securitária, referente à contratação do seguro, serão consideradas apólices individuais, no que concerne ao relacionamento dos segurados com a sociedade seguradora, devendo sua contratação respeitar a forma específica para o ramo, cujas condições diferem-se daquelas previstas para o seguro coletivo e não estão amparadas pelo presente contrato.

Conforme parágrafo único do artigo 1º da resolução 107/04.

4.2. O Seguro de Pessoas pode ser estipulado por pessoa física ou jurídica, em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo, se vincule, ressalvado o disposto no subitem 4.3 posterior. O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, porém é o único responsável para com a mesma, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

Conforme artigo 801 do Código Civil.

4.2.1. Para fins de interpretação das presentes Condições Gerais, as referências ao Estipulante aplicam-se aos Subestipulantes.

Condição Contratual.

4.3. Fica expressamente vedada a atuação como Estipulante de:

Conforme artigo 2º da resolução 107/04.

a) corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes;

Conforme artigo 2º, inciso I da resolução 107/04.

b) corretores; e

Conforme artigo 2º, inciso II da resolução 107/04.

c) Sociedades seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.

Conforme artigo 2º, inciso III da resolução 107/04.

4.4. A vedação estabelecida no subitem 4.3 anterior não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.

Conforme artigo 2º, parágrafo único da resolução 107/04.

4.5. Não é considerada Estipulante a pessoa jurídica que, sem ter subscrito proposta de contratação, tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável exclusivamente pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento do respectivo Segurado e o consequente repasse em favor da Seguradora.

Conforme artigo 19 da resolução 117/04.

4.6. O pedido expresso de cancelamento da autorização para desconto em folha de pagamento por parte do Segurado retira do Estipulante ou consignante a obrigatoriedade de cobrança e repasse do respectivo prêmio, a partir do mês seguinte ao comunicado expresso do Segurado. É de exclusiva responsabilidade do Estipulante que for responsável pela arrecadação dos prêmios para o posterior repasse à Seguradora cancelar o desconto em folha de pagamento do prêmio relativo às contribuições do Segurado que manifestar seu desinteresse na continuidade do seguro.

Conforme artigo 35 da resolução 117/04.

4.7. Em caso de perda de vínculo com o Estipulante, desde que haja previsão contratual prévia, expressa nas Condições Particulares da apólice, o Segurado poderá ser mantido no plano, nas condições comerciais especiais previstas na apólice para tal fim, assumindo, a partir dessa data, o custeio integral das respectivas coberturas ou tendo ajustado o valor do capital segurado à parcela do custeio sob sua responsabilidade.

Conforme artigo 42 da resolução 117/04.

4.8. No contrato deverá ser claramente estabelecida a relação entre o Estipulante e a Seguradora, o que constará das Condições Particulares da apólice.

Conforme artigo 48 da resolução 117/04

4.9. É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- d) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

Conforme artigos 4º e 34, §1º da resolução 107/04.

4.10. Dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos Segurados deverão constar, explicitamente, o prêmio do seguro, a sociedade seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios e a informação, em destaque, de que o não-pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro.

Conforme artigo 7º da resolução 107/04.

4.11. O pagamento de prêmios de seguros efetuados por meio de desconto em folha deverá ser registrado em rubrica específica pela sociedade seguradora garantidora do risco ou, no caso de co-seguro, pela Seguradora líder.

Conforme artigo 7º, §1º da resolução 107/04.



4.12. Se o Segurado dispuser de mais de um contrato de seguro com a mesma sociedade seguradora, os valores referentes a cada contrato devem estar discriminados no instrumento de cobrança, mesmo quando o sistema de pagamento for o previsto no subitem 4.11 anterior.

Conforme artigo 7º e 2º da resolução 107/04.

4.13. Quando houver recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante ou à sociedade seguradora, a qualquer título, é obrigatório o destaque no documento utilizado na cobrança do valor do prêmio do seguro.

Conforme artigo 31, 52º da resolução 117/04.

5. OBRIGAÇÕES

5.1. Obrigações do Estipulante

Conforme artigo 3º da circular 317/06.

a) fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

Conforme artigo 3º, inciso I da resolução 107/04.

b) manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados;

Conforme artigo 3º, inciso II da resolução 107/04.

c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

Conforme artigo 3º, inciso III da resolução 107/04.

d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, nos termos dos subitens 4.10, 4.11 e 4.12 anteriores, quando este for de sua responsabilidade;

Conforme artigo 3º, inciso IV da resolução 107/04.

e) repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

Conforme artigo 3º, inciso V da resolução 107/04.

f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

Conforme artigo 3º, inciso VI da resolução 107/04.

g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;

Conforme artigo 3º, inciso VII da resolução 107/04.

h) comunicar, de imediato, à seguradora a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

Conforme artigo 3º, inciso VIII da resolução 107/04.

i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

Conforme artigo 3º, inciso IX da resolução 107/04.

j) comunicar, de imediato, à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

Conforme artigo 3º, inciso X da resolução 107/04.

l) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

Conforme artigo 3º, inciso XI da resolução 107/04.

m) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou

propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante; e

Conforme artigo 3º, inciso XII da resolução 107/04.

n) comunicar formal e expressamente à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e Segurados e/ou da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que silenciou de má-fé.

Condição contratual com definição dos incidentes previstos no artigo 30 da circular 302/05.

5.1.2. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à sociedade seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a suspensão ou o cancelamento da cobertura e sujeita o Estipulante ou Sub-estipulante às cominações legais.

Conforme artigo 7º, §1º da resolução 107/04.

5.2. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

a) incluir no contrato de seguro todas as obrigações do Estipulante, de acordo com determinação da SUSEP;

Conforme artigo 8º, inciso I da resolução 107/04.

b) informar ao segurado a situação de adimplência do Estipulante ou Sub-estipulante, sempre que lhe for solicitada; e

Conforme artigo 8º, inciso II da resolução 107/04.

c) prestar ao estipulante, e a cada componente do grupo segurado, todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

Conforme artigo 64, parágrafo único da resolução 117/04.

5.2.1. Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao estipulante, é obrigatório constar do certificado individual e da proposta de adesão o seu percentual e valor, devendo o segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento, sempre que nele houver qualquer alteração.

Conforme artigo 5º da resolução 107/04.

5.3. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

5.3.1. O Segurado e a Seguradora são obrigados a guardar na conclusão e na execução da apólice a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ela concernentes.

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

Conforme artigo 80 da circular 302/05.

5.3.3. A mudança de profissão/atividade, alteração de residência fixa para outro país ou a prática de esportes violentos ou de risco voluntário, tais como, exemplificativa, mas não exclusivamente: esportes aéreos, náuticos a motor, lutas e artes marciais, competição automobilística, o exercício de atividades amadora ou profissional a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres e/ou perigosos, são exemplos de incidentes suscetíveis de agravar o risco coberto e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que houve silêncio de má-fé. A comunicação desses incidentes é necessária



tanto para o Segurado Principal quanto para o Segurado Cônjuge, quando incluído no Seguro.

Condição contratual com definição dos incidentes previstos no artigo 30 da circular 302/05

5.4. Comunicada pelo Estipulante ou Segurado de qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, conforme alínea "n" do subitem 5.1 anterior, ou subitem 5.3.3 anterior, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do comunicado expresso para, por escrito, dar ciência ao Estipulante ou Segurado, conforme for o caso, de sua decisão de cancelar a apólice.

Condição contratual por analogia ao artigo 80, §1º da circular 302/05

5.5. O cancelamento mencionado no subitem 5.4 anterior só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora, devendo ser restituída pelo Segurador a diferença do prêmio, se houver, relativo ao período em que a cobertura não mais vigorará.

Condição contratual por analogia ao artigo 80, §2º da circular 302/05

6. GARANTIAS DO SEGURO

Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles expressamente convencionados nas cláusulas anexas à apólice, devidamente ratificados nas Condições Particulares, que dela fazem parte integrante e inseparável, e que, salvo expressa menção em contrário, ocorram em todo o globo terrestre.

Conforme artigo 56 da circular 302/05 e artigo 62 da resolução 112/04

6.1 Acidentes pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, incluindo-se neste conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- k) queda n'água ou afogamento.

Conforme artigo 5º, inciso I alínea de resolução CNSP 117/04

6.1.1. As coberturas do seguro de pessoas são divididas em básicas e adicionais.

Conforme artigo 4º da Circular 302/05

6.2. A contratação de qualquer cobertura adicional ou especial fica condicionada à contratação de uma das

coberturas Básicas: MA (MA - Morte Acidental ou IPA - Invalidez Permanente Total por Acidente).

Conforme artigo 4º, parágrafo único, 10 e 57 da circular 302/05

6.4. As Cláusulas Suplementares de Inclusão de cônjuge e filhos não são extensivas às coberturas de DMH (DMH - Despesas Médico-Hospitalares e DIT - Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente).

Condição Contratual

7. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos da Cobertura Básica, bem como de todas as Coberturas Adicionais e Especiais deste seguro, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e deles decorrentes;
- c) doenças;
- d) o suicídio, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos de vigência individual do seguro, ou do aumento espontâneo e individual de seu capital segurado;
Conforme artigo 798 do Código Civil e 60 da circular 302/05.
- e) danos morais; e
- f) para portadores de deficiência física: lesões e/ou doenças relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes, devidamente evidentes como direta e/ou indiretamente relacionadas à causa da deficiência física e/ou às suas repercussões, assim como as condições clínicas advindas de qualquer complicação, em qualquer tempo, incluídas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos e, ainda, as lesões e disfunções de qualquer natureza e expressão e suas respectivas consequências, também em qualquer tempo, que tenham sido induzidas, precipitadas e/ou facilitadas pela deficiência física do segurado e/ou por quaisquer de suas interdependências patológicas e/ou disfuncionais, mesmo que temporárias preexistentes.

7.1. A Seguradora não se eximirá do pagamento do capital segurado, quando a morte ou a incapacidade do Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

Conforme artigo 61 da circular 302/05

7.1.1. A omissão do Segurado quanto à informação da prática de esportes violentos, quando do preenchimento da Proposta Individual de Adesão, se esta lhe foi exigida, ou de quando iniciou sua prática, se posterior à contratação, é causa ensejadora de perda do direito ao pagamento do capital segurado.

Condição Contratual

7.2. O contrato será considerado nulo para a garantia de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do(s) Beneficiário(s), ou de representante de um ou de outro.

Conforme artigo 59 da circular 302/05.



7.3. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, são excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes.
Conforme parágrafo único do artigo 59 da circular 302/05

8. INCLUSÃO DE DEPENDENTES

Podem ser incluídos neste seguro como dependentes do Segurado Principal: cônjuge e filhos/enteados do Segurado Principal e aqueles considerados dependentes pela legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, desde que tais dependentes não pertençam ao grupo segurável principal. Quando os Segurados Principais tiverem dependentes comuns, estes serão incluídos, uma única vez, pelo Segurado cuja soma de capital segurado nas garantias básicas for maior. A indenização por morte do dependente é devida ao Segurado Principal.
Condição Contratual

8.1. Para fins do presente seguro também são considerados cônjuges as(os) companheiras(os) que, por força da legislação, adquirirem as prerrogativas de cônjuge.
Condição Contratual

8.2. De acordo com o produto comercializado, outras categorias de dependentes poderão constituir grupo segurável de apólice coletiva, tais como pais, sogros, tios, irmãos, filhos de maior idade e outros, o que constará expressamente das Condições Especiais do produto.
Condição Contratual

8.3. Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.
Conforme artigo 8º da circular 302/05

8.4. Os capitais segurados do componente dependente, em quaisquer garantias, não podem ser superiores ao do componente principal.
Conforme artigo 31,52 e 35 53 da circular 302/05

9. CAPITAL SEGURADO

Entende-se como capital segurado o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela sociedade seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.
Conforme artigo 33 da circular 302/05.

9.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente.
Conforme artigo 5º e 33,31º da circular 302/05 e artigo 9º inciso I do anexo I da circular 355/05

9.2. Nos planos coletivos, para cada grupo pode haver uma ou mais classes de capitais segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos, o que constará das Condições Particulares da apólice, tais como:

- a) capital de livre escolha definido em tabela de adesão;
- b) múltiplo salarial;
- c) capital único ou fixo;
- d) escalonado por idade;
- e) escalonado por faixa salarial; e
- f) escalonado por categoria funcional.

Conforme artigo 33,§ 2º da circular 302/05

9.3. A aceitação, pela sociedade seguradora, de estabelecimento de capital segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância

de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não-repasse do valor excedente ao referido limite.
Conforme artigo 33, 53º da circular 302/05.

9.4. Nos seguros em que o segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da sociedade seguradora do valor do capital segurado contratado sem a devida solicitação expressa do segurado.
Conforme artigo 33, 34º da circular 302/05.

9.5. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.
Conforme artigo 4º da resolução 117/04

9.6. No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
Conforme artigo 77 da circular 302/05.

9.7. O valor do Capital Segurado (limite máximo individual de garantia da apólice) de cada componente, em cada cobertura, representa o valor máximo a ser pago pela seguradora no caso de realização do evento coberto.
Condição Contratual.

9.8. Os critérios de fixação e reajuste dos capitais, seus mínimos e máximos, bem como períodos de aplicação serão estabelecidos nas Condições Particulares da apólice, observando-se os seguintes parâmetros:

- a) na data determinada pela Convenção Coletiva de Trabalho;
- b) no período e índice acordados entre as partes e ratificados nas Condições Particulares;
- c) não desejado pelo Estipulante.

Conforme artigo 6º da circular 302/05 e artigo 2º do anexo I da resolução 107/04.

9.9. Nos seguros de pessoas, o capital segurado é livremente estipulado pelo Segurado Principal, observando-se o critério de capital e o limite acordados entre as partes e estabelecidos nas Condições Particulares da apólice, podendo haver contratação de seguro, sobre o mesmo interesse, com a mesma seguradora, ou seguradores diversos.
Conforme artigo 789 do Código Civil.

9.10. O reajuste do limite máximo de garantia da apólice do aposentado, quando incluído na apólice, será feito de acordo com os mesmos critérios estabelecidos para os Segurados ativos, como se o aposentado estivesse em atividade, salvo tratativas em contrário, que constarão expressamente das Condições Particulares da apólice.
Condição Contratual

9.10.1. O reajuste do limite máximo de garantia da apólice do segurado afastado, quando incluído na apólice, será feito de acordo com os mesmos critérios estabelecidos para os Segurados ativos, como se o afastado estivesse em atividade, salvo tratativas em contrário, que constarão expressamente das Condições Particulares da apólice.
Condição Contratual.

9.11. Quando o limite máximo de garantia da apólice da Cobertura Básica for fixado em múltiplo do salário mensal do Segurado, os capitais segurados e prêmios serão corrigidos na mesma data e na mesma proporção em que for reajustado o salário de cada Segurado, respeitado o capital máximo da apólice, que poderá ser revisto mediante prévia tratativa entre as partes.
Condição Contratual.

9.12. Os Seguros de Pessoas deverão conter cláusula de atualização anual de valores, com base em índice, pactuada entre Estipulante e Segurador, escolhido



dentre aqueles previstos em regulamentação específica expedida pela SUSEP, o que constará das Condições Particulares da apólice.

Conforme artigo 1º e 2º do anexo I da resolução 107/04

9.12.1. O índice e a periodicidade de atualização de valores deverão constar das condições gerais, das condições particulares da apólice e das propostas.

Conforme artigo 2º do anexo I da resolução 103/04.

9.13. Os capitais segurados, prêmios, benefícios e contribuições serão atualizados na data de aniversário da contratação, com base no índice pactuado.

Conforme artigo 1º do anexo I da resolução 103/04.

9.14. Observado o estabelecido no subitem 9.12 anterior, fica facultado o estabelecimento de outra data-base, desde que os valores contratualmente previstos estejam atualizados até essa outra data-base e, a partir de então, respeitada a periodicidade anual.

Conforme artigo 4º, §1º do anexo I da resolução 103/04.

9.15. Caso o Estipulante não concorde com a atualização dos capitais segurados na forma prevista pelo subitem 9.12, deverá formalizar comunicado à Seguradora.

Condição Contratual.

9.16. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio ou da contribuição for anual, os capitais segurados, pagáveis por morte ou invalidez, deverão ser atualizados pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio, até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

Conforme artigo 4º, §2º do anexo I da resolução 103/04 e artigo 2º da circular 255/04

9.17. No período que anteceder a concessão do capital Segurado e nos planos de regime financeiro de repartição, será facultada a adoção de cláusula de recálculo do capital segurado, segundo fatores objetivos expressos nas Condições Particulares da apólice.

Conforme artigo 5º do anexo I da resolução 103/05 e artigo 6º do anexo II da circular 255/04

9.17.1. A cláusula a que se refere o subitem anterior estabelecerá, de forma objetiva, a periodicidade utilizada para o recálculo dos valores, o que constará das Condições Particulares da apólice.

Conforme parágrafo único do artigo 6º do anexo II da circular 255/04

9.18. O capital segurado, de acordo com o plano de seguro contratado, será pago sob a forma de renda ou de pagamento único, o que constará expressamente das condições particulares.

Conforme artigo 6º da resolução 117/04

9.19. No Seguro de Pessoas para o caso de morte, o capital eventualmente estipulado não está sujeito às dívidas do Segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.

Conforme artigo 794 do código civil.

9.20. O pagamento do capital segurado não pode ultrapassar o valor do interesse segurado no momento do sinistro e, em hipótese alguma, o limite máximo individual de garantia fixado na apólice, salvo em caso de mora do Segurador.

Condição Contratual

9.21. O capital segurado pela garantia adicional de despesas médico-hospitalares representa o limite máximo de reembolso pelo mesmo evento e não poderá ser superior ao maior capital estabelecido para a(s) garantia(s) básica(s).

Condição Contratual.

9.22. O capital segurado de cada diária de incapacidade temporária não poderá ser superior a

1/360 (um trezentos e sessenta avos) do maior capital estabelecido para a(s) garantia(s) básica(s).

Condição Contratual.

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

No corpo de cada Cobertura Adicional ou Cláusula Suplementar, estará definido o âmbito geográfico de cobertura, ratificado ainda nas Condições Particulares da apólice.

Conforme artigo 55 da circular 302/05

10.1. Em qualquer hipótese, só estarão garantidos os segurados com residência fixa no Brasil.

Condição Contratual

11. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

Carência é o período de tempo que o Segurado fica privado de gozar da(s) cobertura(s) do seguro. Não há carência para o Seguro de Acidentes Pessoais, exceto aquela prevista por lei e descrita no subitem 11.2 posterior. Carência é a estipulação de um prazo durante o qual o Segurador não responde pela ocorrência do sinistro.

Conforme artigo 70 da circular 302/05.

11.1. Franquia é um valor inicial da importância segurada, pelo qual o Segurado fica responsável como Segurador de si mesmo, podendo ser simples ou dedutível. Para fins do presente seguro, a franquia é dedutível.

Conforme artigo 70 da circular 302/05

11.2. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, não poderá ser estabelecido prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

Conforme artigo 20 da resolução 117/04

11.3. Os prazos de carência ou franquia, quando previstos pelo plano de seguro, constarão, no caso de planos coletivos, das Condições Particulares, da proposta mestra de contratação e da Proposta Individual de Adesão.

Conforme artigos 22 e 29 da resolução 117/04

11.4. Não se aplica a devolução de prêmios em caso de morte do Segurado durante o prazo de carência, tendo em vista a forma de regime financeiro do presente seguro, que é regido por repartição simples.

Conforme artigos 71 e 91 da circular 302/05.

11.5. Para todas as Cláusulas de Coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no seguro.

Condição Contratual.

11.6. O prazo de carência será aplicado aos aumentos de capital segurado solicitados após o início de vigência, efetuados a qualquer título.

Conforme artigo 24 da resolução 117/04.

11.7. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

Conforme artigo 25 da resolução 117/04.

11.8. No caso de migração de apólices, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e aos respectivos valores já contratados.

Conforme artigo 27 da resolução 117/04.

11.9. Os critérios para fixação de carência e franquia, seus prazos e períodos, quando previstos, devem ser idênticos para os segurados de uma mesma apólice.



Conforme artigo 61 da resolução 117/04.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

Fica entendido e ajustado que qualquer pagamento do capital segurado, prestação de serviço ou realização de reembolso por força do presente contrato somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Segurado, o que deve ser feito, no máximo, até a data-limite prevista para este fim no documento de cobrança.

Conforme artigo 57 da circular 302/05

12.1. O tipo de custeio de prêmio deste seguro, item expressamente ratificado nas Condições Particulares da presente apólice, classifica-se em:

- a) contributário — é o seguro em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente;
- b) não-contributário — é o seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus do seu pagamento totalmente sobre o Estipulante; e
- a) parcialmente contributário — é o seguro em que os Segurados e o Estipulante participam do custeio do seguro, assumindo percentuais livremente pactuados entre as partes. Esta modalidade equivale ao seguro contributário.

Conforme artigos 32 e 57 da resolução 117/04.

12.2. Se a data-limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

Conforme artigo 15 da circular 320/05.

12.3. É previsto fracionamento do prêmio, que poderá ser pago de 2 a 10 parcelas mensais e consecutivas.

Conforme artigo 46 da circular 302/05

12.4. Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

Conforme artigo 46,§1º da circular 302/05.

12.5. Deverá ser garantido ao segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados, se houver.

Conforme artigo 46,§2º da circular 302/05.

12.6. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

Conforme artigo 46,§3º circular 302/05.

12.7. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na Tabela de prazo curto especificada no subitem 12.9 posterior.

Conforme artigo 46,§4º da circular 302/05.

12.8. Nos casos de fracionamento de prêmios, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento, se for previsto.

Conforme artigo 51, parágrafo único da circular 302/05

12.9 Tabela

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

12.9.1. Para os percentuais não previstos na tabela constante do subitem 12.9 anterior, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

Conforme artigo 46,§5º da circular 302/05.

12.10. A sociedade seguradora deverá informar ao segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme hipótese prevista no subitem 12.7 anterior.

Conforme artigo 46,§6º da circular 302/05.

12.11. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido neste artigo, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

Conforme artigo 46,§7º da circular 302/05.

12.12. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no subitem 12.7 anterior, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

Conforme artigo 46,§8º da circular 302/05.

12.13. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a sociedade seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender



sua vigência, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.

Conforme artigo 46,§9º da circular 302/05.

12.14. O disposto no subitem anterior não se aplica aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

Conforme artigo 46,§9º da circular 302/05.

12.15. O plano não prevê atualização monetária em caso de atraso no pagamento do prêmio, conforme item 22 posterior.

Conforme item 74 da lista de verificação.

12.16. O plano prevê multa por atraso no pagamento do prêmio, conforme subitem 22.4 posterior.

Conforme artigo 68 da circular 302/05.

12.17. O plano prevê juros por atraso no pagamento do prêmio, conforme subitem 22.4 posterior.

Conforme artigo 12, anexo I da circular 255/04

12.18. Fica entendido e acordado que, nos seguros, os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

Conforme enunciado 22 do anexo à instrução SUSEP19/99

12.19. A data-limite para pagamento do prêmio é o último dia útil do mês relativo ao período de cobertura a que o mesmo se referir. Se o prêmio não for pago até a data-limite, o Estipulante poderá pagá-lo até o último dia útil do mês seguinte, porém atualizado e corrigido com multa e juros de mora, desde a data-limite, conforme itens 22 e subitem 22.4 posteriores.

Conforme item 78 da lista de verificação.

12.20. Nos planos em que haja alteração de taxas por faixa etária, os prêmios serão alterados de acordo com o subitem 13.1. posterior.

Conforme artigo 68 da circular 302/05 e artigo 12, parágrafo único da circular 317/06.

12.21. Nos seguros contributivos, o não-repasse dos prêmios à sociedade seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da sociedade seguradora, e sujeita o Estipulante ou Sub estipulante às cominações legais.

Conforme artigo 3º,§1º da resolução

12.22. Quando o plano de seguro for contratado com previsão de consignação em folha, na forma do subitem 4.5 anterior, a ausência do repasse à sociedade seguradora dos prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

Conforme artigo 19, parágrafo único da resolução 117/04.

12.23. O prêmio, quando pago, total ou parcialmente pelo Estipulante, deverá ter o respectivo valor considerado e tratado de forma individualizada, Segurado a Segurado.

Conforme artigo 33 da resolução 117/04.

12.24. A sociedade seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos.

Conforme artigo 34 da resolução 117/04

12.25. Os valores devidos a título de devolução de prêmios pelas sociedades seguradoras sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 22 posterior, a partir da data em que se tomarem exigíveis.

Conforme artigo 4º do anexo I da circular SUSEP 255/04.

12.25.1. No caso de cancelamento do seguro, os valores de que trata o subitem anterior serão exigíveis a partir da

data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da sociedade seguradora.

Conforme artigo 4º,§2º do anexo I da circular 255/04

12.25.2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata o subitem 12.25 anterior serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio ou contribuição.

Conforme artigo 4º,§1º do anexo I da circular 255/04

12.26. A cobrança do prêmio à vista ou parcelada será efetuada por meio de documento emitido pela sociedade seguradora.

Conforme artigo 48 da circular 302/05.

12.26.1. A sociedade seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem anterior diretamente ao segurado ou ao seu representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

Conforme artigo 48,§1º da circular 302/05.

13. CRITÉRIO DE TAXAÇÃO

Qualquer alteração de taxas de seguro, ainda que o plano preveja cláusula de reavaliação de taxas do Seguro, por implicar ônus aos segurados, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Conforme artigo 801 do código civil, 1º da resolução 107/04 e 8º parágrafo único da circular 317/05

13.1. Os Segurados pertencentes a apólices regidas pelo critério de taxação por faixa etária que mudarem de faixa na data de seus aniversários terão seus prêmios automaticamente reenquadrados à nova taxa da faixa etária imediatamente posterior, conforme tabela de adesão apresentada no ato da contratação do presente seguro e reproduzida nas Condições Particulares da apólice. Os segurados que ultrapassarem a idade-limite estabelecida na tabela e permanecerem na apólice terão seus prêmios reajustados, anualmente, por ocasião de seus aniversários, em percentual também estabelecido na tabela de adesão e constante das Condições Particulares da apólice.

Conforme artigo 69 da circular 302/05 e artigo 17 e seu parágrafo único da circular 317/06.

13.2. A(s) taxa(s) deste seguro será(ão) calculada(s) de acordo com as normas vigentes para o seguro, e de acordo com a tábua ou taxas indicadas nas Condições Particulares da presente apólice.

Condição Contratual

13.3. A Seguradora adotará uma taxa média final única ou taxas por faixa etária, englobando a taxa da Cobertura Básica e as taxas das Coberturas Adicionais.

Condição Contratual

13.4. Para o cálculo da taxa média única ou taxa por faixa etária, a idade de cada Segurado será considerada em anos inteiros no aniversário mais próximo da data do cálculo.

Condição Contratual

13.5. No cálculo das taxas considerar-se-á o limite máximo de garantia individual, a idade, o sexo, a ocupação e o local de residência de cada Segurado.

Condição Contratual

13.6. Nos seguros regidos por taxa média, no período acordado e determinado nas Condições Particulares da apólice, a seguradora fará a revisão da taxa com base nos seguintes critérios:

a) ATUARIAL:



Recálculo de taxas com base no grupo atual, capitais e idades.

b) COM BASE NA SINISTRALIDADE:

Será estabelecido na apólice o percentual de sinistralidade máxima esperada em função das características do grupo.

Caso a sinistralidade real ultrapasse a sinistralidade máxima esperada, será calculado um fator de reajuste com base na seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Sinistralidade Real}}{\text{Sinistralidade Esperada}} = \text{fator de reajuste}$$

13.6.1. A sinistralidade esperada será definida de acordo com os carregamentos previstos na apólice, o IBNR, e a DA, acrescidos de, no mínimo, 10% de margem de segurança e lucro.

13.6.2. O critério de revisão a ser sugerido levará em conta o fator obtido com base no cálculo da divisão da sinistralidade real pela esperada. Se este for superior a 1,5, o critério de reajuste será proposto com base no cálculo atuarial da taxa. Se, todavia, o fator for inferior a 1,5, o reajuste será proposto com base no próprio fator obtido.

13.6.3. Se o fator for igual ou menor que 1, não haverá aumento ou redução de taxa.

13.6.4. Em qualquer hipótese, será sempre observada a regra de alteração contratual prevista no item 21 posterior.
Condição Contratual

13.7. A Seguradora adotará uma taxa média final única ou taxas por faixa etária. Se, na implantação da apólice por taxa média, diferenças de idade forem constatadas entre o grupo analisado para estudo e o grupo enviado para a implantação, a ponto de alterar a taxa originalmente proposta, a nova taxa encontrada será adotada de imediato. Constatada qualquer insuficiência de taxa, a Seguradora cobrará do Estipulante a consequente insuficiência nos prêmios passados, se tal insuficiência for superior a 5%.
Condição Contratual

13.8. Na fixação de taxa média final, única ou por faixas etárias, serão considerados, ainda, os carregamentos para cobrir os custos operacionais da Seguradora, as comissões de intermediação e o pró-labore do Estipulante, se existentes.
Condição Contratual

13.9. O carregamento estabelecido não poderá sofrer aumento durante a vigência da apólice, ficando sua redução a critério da Seguradora.
Conforme artigo 38 da resolução 117/04.

13.9.1. Quando houver redução do carregamento, na forma prevista pelo subitem anterior, o novo valor deverá ser estendido a todos os Segurados do plano individual ou sujeitos à mesma apólice coletiva.
Conforme artigo 38, parágrafo único da resolução 117/04.

13.10. O prêmio de cada Segurado corresponderá à taxa média final, ou à taxa de sua faixa etária, vezes o seu limite máximo individual de garantia fixado na cobertura básica da apólice.
Condição Contratual.

13.11. O Estipulante obriga-se a prestar à Seguradora todas as informações necessárias ao cálculo das taxas deste seguro.

Condição Contratual

14. BENEFICIÁRIOS

São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência do sinistro. Cada Segurado deverá indicar, na Proposta Individual de Adesão ou em formulário apropriado, seu(s)

Beneficiário(s), isto é, a pessoa ou pessoas a quem deverá ser pago o capital segurado em caso de sua morte.

Conforme artigo 37 da circular 302/05

14.1. Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação do Beneficiário, é lícita a substituição do Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

Conforme artigo, 791 do Código Civil

14.1.1. Se o Segurador não for cientificado oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo Beneficiário.

Conforme artigo, parágrafo único 791 do Código Civil.

14.2. Na falta de indicação da pessoa ou Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for 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.

Conforme artigo 792 do Código Civil.

14.2.1. Na falta das pessoas indicadas no subitem 14.2 anterior, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

Conforme artigo 792, parágrafo único do Código Civil.

14.3. É válida a instituição do companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

Conforme artigo 793 do Código Civil.

14.4. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos Segurados, Principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

Conforme artigo 36 da circular 302/05.

14.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser Beneficiária de um contrato de seguro de pessoas se comprovado legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

Conforme parecer de orientação nº 7/01

14.6. Inexistindo a indicação de Beneficiários por parte do Segurado Principal, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o pagamento do capital segurado será efetuado conforme legislação em vigor, apresentada no quadro abaixo:

Conforme artigo 88 da circular SUSEP 302/05

BENEFICIÁRIOS		
1	Segurado(a) casado, que não possua descendentes ou ascendentes	100% ao cônjuge.
2	Segurado(a) casado, que possua descendentes da união atual e/ou de uniões anteriores	50% ao cônjuge, independentemente do regime de casamento, e os outros 50% serão pagos conforme artigo 1.845, 1829 e inciso I c/c 1832 do CC, ou seja: I) Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge



		sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime da comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares. II) Na hipótese do cônjuge estar em concorrência com os descendentes caberá ao cônjuge quinhão igual aos dos que sucederem por cabeça, não podendo a sua quota ser inferior à quarta parte da herança, se for ascendente dos herdeiros com quem concorrer.
3	Segurado(a) casado, que não possua descendentes e possua ascendentes	50% ao cônjuge, independentemente do regime de casamento, e os outros 50% serão pagos conforme artigo 1829 e inciso II c/c 1836 e 1837 do CC, ou seja: I) Aos ascendentes em concorrência com o cônjuge. II) Concorrendo com ascendente em primeiro grau, ao cônjuge tocará 1/3 (um terço) do capital Segurado, todavia, caber-lhe-á a metade deste se houver um só ascendente, ou se maior for àquele grau (avós).
4	Segurado solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), com companheiro(a) legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e que não possua descendentes ou ascendentes	100% ao companheiro(a).
5	Segurado solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), com companheiro(a) legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes, que possua descendentes da união atual e/ou de uniões anteriores	50% ao companheiro(a) e os outros 50% serão pagos conforme artigo 1829 e inciso I c/c 1832 do CC, ou seja: I) Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime da comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares. II) Na hipótese do cônjuge estar em concorrência com os descendentes caberá ao cônjuge quinhão igual aos dos que sucederem por cabeça, não podendo a sua quota ser inferior à quarta parte da herança, se for ascendentes dos herdeiros com quem concorrer.
6	Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e com descendentes.	100% aos descendentes, divididos em partes iguais.
7	Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes, sem descendentes e com ascendentes.	100% aos ascendentes, divididos em partes iguais.
8	Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e sem descendentes ou ascendentes.	100% aos colaterais.
9	Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e sem descendentes, ascendentes ou colaterais.	100% àqueles que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
10	Considerações Finais	Somente é reconhecido o direito sucessório, e consequentemente a qualidade de beneficiário do cônjuge sobrevivente, se esta lhe couber, se ao tempo da morte do Segurado Principal não estavam separados judicialmente, nem separados de fato há mais de 2 (dois) anos, salvo prova, neste caso, de que esta convivência se tornara impossível sem culpa do cônjuge sobrevivente.

15. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para o recebimento do pagamento do capital segurado, o Segurado ou o Beneficiário deverá apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante, o formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou Beneficiário, de acordo com o Manual de Procedimentos para Liquidação de Sinistros, anexo a estas Condições Gerais.

Conforme artigo 72 da circular 302/05 e artigo 50 da resolução 117/04

15.1. Os pagamentos relativos às coberturas garantidas têm o prazo máximo limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos.

Conforme artigo 72,§1º da circular 302/05 e artigo 50,§1º da resolução 117/04.

15.1.1. No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, o prazo de que trata o subitem anterior será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.



Conforme artigo 72,§2º da circular 302/05 e artigo 50,§2º da resolução 117/04

15.1.2. O não-pagamento da indenização no prazo previsto nos subitens 15.1 e 15.1.1 anteriores implicará a aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.

Conforme artigo 72,§3º da circular 302/05 e artigo 50,§3º da resolução 117/04.

15.1.3. Os sinistros cujos pagamentos sejam efetuados dentro do próprio mês do evento não sofrerão correção.

Condição Contratual.

15.2. O pagamento da indenização poderá ser realizado sob a forma de parcela única ou de renda, nos termos definidos nas Condições Particulares da apólice.

Conforme artigo 72,§1º da circular 302/05.

15.3. O plano de seguro poderá admitir a hipótese de substituição do pagamento da indenização em dinheiro por pagamento em bens ou serviços, desde que expressamente solicitada pelo segurado ou beneficiários.

Conforme artigo 72,§5º da circular 302/05 e artigo 52 da resolução 117/04.

15.4. Reconhecida a invalidez laborativa pela Seguradora, a indenização deve ser paga de uma só vez ou sob a forma de renda certa, temporária ou vitalícia, em prestações mensais, iguais e sucessivas, conforme acordado entre as partes, o que constará expressamente das Condições Particulares da apólice.

Conforme artigo 16 da circular 302/05.

15.4.1. Após o pagamento da indenização ou da primeira parcela, quando paga sob a forma de renda, conforme previsto no subitem anterior, o Segurado será automaticamente excluído da apólice, conforme estruturação técnica do plano, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

Conforme artigo 16,§1º da circular 302/05.

15.5. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

Conforme artigo 6º da circular 302/05.

15.5.1 A junta médica de que trata o subitem anterior será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

Conforme artigo 6º,§1º da circular 302/05.

15.5.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela sociedade seguradora.

Conforma artigo 6º,§2º da circular 302/05.

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

Conforma artigo 6º,§3º da circular 302/05.

15.5.4. Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

Conforme artigo 86 da circular SUSEP 302/05.

15.6. Faculta-se às sociedades seguradoras, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos.

Conforme artigo 72 da circular 302/05.

15.7. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para fins de verificação de cobertura, se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anterior à data do sinistro. Fica vedada a exigência de comprovantes de quitação relativos a outros meses.

Enunciado 12 do anexo da instrução SUSEP 19/99

15.8. Para o recebimento do pagamento de qualquer capital segurado, a prestação de serviços e/ou o reembolso, quando cabível, o Segurado ou seu Beneficiário comunicará o sinistro à Seguradora, logo que o saiba, observados os seguintes prazos:

- a) prescreve em 1 (um) ano a pretensão do Segurado contra o Segurador, ou deste contra aquele, contado o prazo a partir da data de caracterização do evento; e
- b) prescreve em 3 (três) anos a pretensão do Beneficiário contra o Segurador, contado o prazo a partir da data de caracterização do evento.

Conforme artigo 10 da circular 302/05.

15.9. O pagamento da indenização não está condicionado a nenhuma restrição temporal adicional. Em qualquer hipótese os prazos previstos em lei serão analisados diante das situações concretas.

Conforme artigo 73 da circular 302/05 artigo 51 da resolução 117/04.

15.10. O Estipulante, corretor, Segurado e/ou Beneficiários deverão comunicar à Seguradora, de imediato, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, assim que dele tiver conhecimento, não sendo estabelecido prazo máximo para comunicação.

Conforme artigo 74 da circular 302/05.

15.11. O não pagamento da indenização no prazo previsto nos subitens 15.1 e 15.1.1 anteriores implicará a aplicação de juros de mora, sem prejuízo de sua atualização.

Conforme artigo 72,§3º da circular 302/05 e circular SUSEP 255/01.

15.12. Os juros de mora citados no subitem 15.11 anterior estão fixados no subitem 22.4 posterior.

Conforme circular 255/04.

15.13. A forma de aplicação dos juros de mora 15.11 anterior estão fixados no subitem 22.4 posterior.

Conforme circular 255/04.

15.14. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

Conforme artigo 3º da circular 255/04.

15.15. As coberturas de invalidez garantidas através das Cláusulas Adicionais do presente contrato devem ser comprovadas por declaração médica, observando-se o disposto nos subitens 15.15.1, 15.15.2 e 15.15.3 posteriores.

Conforme artigo 5º da circular 302/05.

15.15.1. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com os conceitos garantidos pelas coberturas reclamadas.

Condição Contratual.



15.15.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a sociedade Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

Condição Contratual.

15.15.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente, para fins de doença ou acidente.

Conforme artigo 5º, parágrafo único da circular 302/05

15.16. A tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização.

Conforme artigo 75 da circular 302/05.

15.17. É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial, o que não implica a proibição da solicitação desses documentos, quando existirem e quando forem necessários ao esclarecimento das circunstâncias do sinistro, para a confirmação de cobertura técnica.

Conforme artigo 75, parágrafo único da circular 302/05.

15.18. A sociedade Seguradora verificará somente a regularidade da representação quando o pagamento da indenização devido não for efetuado diretamente ao Beneficiário, sem a exigência de alvará judicial.

Artigo 70 anexo I da circular 302/05.

15.19. Não serão exigidas Certidões de Nascimento atualizadas para fins de liquidação de sinistros.

Artigo 76 e anexo II da circular 302/05.

15.20. Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

Conforme artigo 58 da circular 302/05.

15.21. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior deve ser 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.

Conforme artigo 7º da circular 302/05

15.22. Considerando a hipótese da transformação da indenização em renda, a taxa de juros deverá observar o limite máximo de 6% (seis por cento) ao ano ou sua equivalente efetiva mensal.

Conforme artigo 92 da circular 302/05 e artigo 9º da resolução 117/01

15.22.1. O limite de que trata o subitem anterior não se aplica a juros moratórios.

Conforme artigo 92, parágrafo único da circular 302/05

16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

Prazo de Vigência da Apólice - é o período anual ou plurianual de até 5 (cinco) anos compreendido entre a data de início de vigência da apólice (ou de seu aniversário) e seu vencimento (dia anterior ao do aniversário de vigência). O prazo de vigência contratado será definido nas Condições Particulares da apólice.

Conforme artigo 65 da circular 302/05.

16.1. Início e Fim de Vigência do Contrato de Seguro ou de sua Alteração – as apólices, os certificados de seguro e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

Conforme artigo 5º da circular 251/04 e artigo 28 da resolução 117/04 e artigo 65 da circular 302/05.

16.1.1. Nos seguros sujeitos à averbação, o início e o término da cobertura dar-se-ão de acordo com as condições específicas de cada modalidade, o que

constará expressamente das Condições Particulares da apólice, devendo o risco iniciar-se dentro do prazo de vigência da respectiva apólice.

Conforme artigo 6º da circular 251/04.

16.1.2. Nos casos de grupos segurados com vínculo empregatício – empregados de um mesmo empregador – em que a adesão ao seguro for de 100% do grupo segurável, os novos componentes serão incluídos no seguro a partir da data de admissão no emprego, desde que estejam em boas condições de saúde e tenham sido aprovados no exame de saúde pré-admissional.

Condição Contratual.

16.1.3. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

Conforme artigo 38 da circular 302/05

16.1.4. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da proposta mestra de contratação e das Condições Particulares da apólice.

Conforme artigo 7º da circular SUSEP 251/01

16.1.5. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade Seguradora, ou data posterior, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da proposta mestra de contratação e das Condições Particulares da apólice.

Conforme artigo 8º da circular SUSEP 251/01

16.2. Renovação da Apólice

As apólices poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, sendo as renovações posteriores realizadas de forma expressa.

Conforme artigo 771 do código civil, artigo 61 da circular 302/05 e artigo 30 da resolução 117/01.

16.2.1. A renovação que não implicar alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante quantas vezes se fizerem necessárias, desde que realizada na forma expressa. A renovação que implicar alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ do grupo segurado.

Conforme artigo 6º e 31º da resolução 117/04

16.2.2. A renovação automática a que se refere o subitem 16.2.1 anterior não se aplica aos Segurados, nos planos individuais, e Estipulantes, nos planos coletivos, ou à Seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano.

Conforme artigo 30, parágrafo único da resolução 117/04

16.2.3. O desinteresse em renovação da apólice deverá ser comunicado ao Segurado e ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice. O mesmo prazo prevalece para o desinteresse por parte do Estipulante e Segurados.

Conforme artigo 61, §1º da circular 302/05

16.2.4. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

Conforme artigo 11 da circular 317/06



17. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

Em caso de atraso no pagamento dos prêmios, é prevista a aplicação de multa e juros de mora calculados na forma prevista no subitem 22.4 posterior.

Conforme artigo 68 da circular 302/05

17.1. A reabilitação da apólice é possível se os prêmios em atraso forem quitados antes de completos 90 (noventa) dias de atraso e se dará:

- a) Sem interrupção de cobertura, com cobrança retroativa dos prêmios. O Segurador responderá por todos os sinistros ocorridos a partir daquela data, ficando cobertos os sinistros verificados no período de inadimplência.
- b) A partir do primeiro dia de cobertura a que se referir o prêmio recebido, sem cobrança retroativa dos prêmios. O Segurador responderá por todos os sinistros ocorridos a partir daquela data, ficando sem cobertura os sinistros ocorridos no período de inadimplência.

Conforme artigo 83 da circular 302/05

17.2. No caso de não ocorrer o cancelamento imediato da apólice ou do certificado individual por inadimplência do Segurado ou do Estipulante, será adotada uma das seguintes hipóteses pelas sociedades Seguradoras:

- a) cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, em atrasos de até 90 (noventa) dias com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) Beneficiário(s); ou
- b) não cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, a partir do dia seguinte à data do prêmio vencido e não pago, sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período.

Conforme artigo 42, incisos I e II e §1º da circular 302/05

17.2.1. O disposto no subitem anterior e suas alíneas não se aplica aos casos de fracionamento de prêmio.

Conforme artigo 42, §2º da circular 302/05

17.3. As hipóteses previstas nas alíneas "a" e "b" dos subitens 17.1 e 17.2 anteriores serão definidas por prévio acordo entre as partes, que levará em conta a política da Seguradora, o tipo de custeio e o vínculo existente entre Estipulantes e Segurados, com definição expressa nas Condições Particulares da apólice.

Condição Contratual

17.4. É prevista a reabilitação da apólice ou do certificado individual a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado ou o Estipulante retomar o pagamento do prêmio, respondendo a Seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

Conforme artigo 43 da circular 302/05

17.5. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, na forma estabelecida nas Condições Gerais.

Conforme artigo 43, parágrafo único da circular 302/05

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

O não-pagamento do prêmio por parte do Segurado ou Estipulante nos prazos estipulados nas condições contratuais poderá acarretar o cancelamento da apólice ou certificado individual, se não houver regularização dos prêmios com até 90 (noventa) dias da parcela vencida e não paga.

Conforme artigo 81 e 84 da circular 302/05

18.1. O não-pagamento do prêmio por parte do Segurado implicará imediata suspensão de cobertura do seguro.

Conforme item 88 da lista de verificação

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

Conforme artigo 5º da circular 302/05

18.3. O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Conforme artigo 44 da circular 302/05 e artigo 4º da circular 117/06

18.3.1. Nos demais casos, o cancelamento da apólice somente se dará quando terminar seu prazo de validade, ou por falta de pagamento, quando expirado o prazo de 90 (noventa) dias.

Condição Contratual

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

- a) a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- b) 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 disposta no subitem 12.9 anterior.

Conforme artigo 87 da circular 302/05

18.5. Se o Segurado, por si ou seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

Conforme artigo 796 do código civil

18.5.1. Se houver por parte do Segurado inexistência ou omissão nas declarações, ainda que e não resultem de má-fé do Segurado, a Seguradora terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença de prêmios.

Conforme parágrafo único do artigo 766 do código civil

19. PERDA DE DIREITO

O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

Conforme artigo 78 da circular 302/05

19.1. 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 obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

Conforme artigo 21 e 29 da circular 302/05

19.1.1. Se a inexistência ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a sociedade seguradora poderá:

I. na hipótese de não-ocorrência do sinistro:

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



II. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização retendo do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

Conforme artigo 78, 79 da circular SUSEP 302/05

19.2. O Segurado perderá o direito ao pagamento do capital segurado em caso de inobservância das obrigações convencionadas nas condições deste seguro.

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

Conforme artigo 80 da circular 302/05

19.3.1. A mudança de profissão/atividade, alteração de residência fixa para outro país ou a prática de esportes violentos ou de risco voluntário, tais como, exemplificativa, mas não exclusivamente: esportes aéreos, náuticos a motor, lutas e artes marciais, competição automobilística, o exercício de atividades amadora ou profissional a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres e/ou perigosos, são exemplos de incidentes suscetíveis de agravar o risco coberto e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que houve silêncio de má-fé. A comunicação desses incidentes é necessária tanto para o Segurado Principal quanto para o Segurado cônjuge, quando incluído no seguro.

Condição Contratual

19.3.2. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, 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.

Conforme artigo 80, §1º da circular 302/05

19.3.3. 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.

Conforme artigo 20, §2º da circular 302/05

20. CESSAÇÃO DA COBERTURA

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

Conforme artigo 19 da circular 302/05

20.1. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no subitem anterior aplica-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes.

Conforme artigo 39, parágrafo único da circular 302/05

20.2. As coberturas garantidas por este certificado cessarão automaticamente:

20.2.1. Para o Segurado Principal

a) com o cancelamento da apólice;

b) no caso de o Segurado, por qualquer motivo, vir a desligar-se do Estipulante, das apólices e, conseqüentemente, do grupo segurável, exceto no caso de aposentadoria;

c) a partir da data em que o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da apólice deste seguro;

d) quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio (custo), quando o custeio for contributivo;

e) no caso de Coberturas Adicionais ou Especiais, além dos casos previstos anteriormente, com o cancelamento da respectiva cláusula;

f) quando o Segurado for indenizado pela cobertura de morte acidental; ou

g) com a inclusão do dependente no grupo segurável principal.

20.2.1.1. Não obstante o disposto nas alíneas "b" e "c" do subitem anterior, a cobertura do Segurado vigorará até o último dia do mês referente ao último prêmio pago, se o prêmio houver sido pago pelo Segurado antes daquelas datas.

20.2.2. Para o Segurado cônjuge, se incluído na apólice, o seguro será obrigatoriamente cancelado, além dos casos previstos de cancelamento da apólice e desta cláusula:

a) nos casos de exclusão do Segurado Principal, inclusive por pagamento do capital total garantido por quaisquer das coberturas contratadas;

b) no caso de separação judicial ou divórcio;

c) no caso de cancelamento de seu registro, quando se tratar de companheira(o);

d) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão do cônjuge for facultativa; ou

e) com o pagamento do capital total garantido por quaisquer das coberturas contratadas.

20.2.3. Para o Segurado Filho, se incluído na apólice, o seguro será obrigatoriamente cancelado, além dos casos previstos de cancelamento da apólice e desta cláusula:

a) quando for cancelada a Cláusula de Inclusão de Cônjuge, na forma de inclusão automática;

b) nos casos de exclusão do Segurado Principal, inclusive por pagamento do capital total garantido por quaisquer das coberturas contratadas;

c) no caso de cessação da condição de dependente, quando o filho atingir 21 (vinte e um) anos de idade; ou como previsto no Regulamento do Imposto de Renda, ou, ainda, no caso de Coberturas Especiais, quando o filho atingir o limite de idade especificado na referida cláusula; ou

d) a pedido do Segurado Principal.

Conforme artigo 40 da circular 302/05

21. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS

Qualquer modificação da apólice em vigor que implique ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.



21.1. O mesmo prevalece para eventuais alterações das taxas do seguro.

Circular 317/06 e artigo 60 da resolução 117/04

21.2. Quando a alteração não implicar ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, ela poderá ser realizada apenas com a anuência do Estipulante.

Conforme artigo 9º, parágrafo único da circular 317/

21.3. Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas deste contrato somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

Condição Contratual

22. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

O índice pactuado para atualização de valores relativos às operações derivadas do presente contrato é o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou outro que venha a substituí-lo.

Conforme artigo da circular 302/05, artigo 1º e 13 do anexo I da circular 255/04 e artigo 10 da resolução 117/01

22.1. Os capitais segurados e os benefícios, pagos sob forma de renda, serão, a partir da data de sua concessão, atualizados anualmente, com base no índice pactuado, e acrescidos do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda.

Conforme artigo 11 do anexo I da resolução 103/04

22.2. A cláusula de recálculo a que se refere o subitem 9.17 anterior deverá prever a adequação dos valores do capital segurado e do benefício, assim como os respectivos prêmios e contribuições, aos novos valores de salários, mensalidades escolares, dívidas adquiridas ou outros fatores objetivos, em consonância com o plano de seguros contratado.

Conforme artigo 7º do anexo II da circular 255/04

22.3. As contratações com vigência inferior a 1(um) ano não poderão conter cláusula de atualização de valores.

Conforme artigo 3º do anexo I da resolução 103/04

22.4. MULTA E MORA

Os valores relativos às obrigações legais pecuniárias decorrentes das operações derivadas do presente contrato serão atualizados pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou outro que venha a substituí-lo, acrescidos, ainda, de multa de 2% não cumuláveis, calculados sobre o valor bruto da fatura, e de juros moratórios de 1/365 avos de 6%, para cada dia corrido de atraso e até a data do efetivo pagamento, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo legal fixado para o cumprimento da obrigação.

Conforme artigo 4º da resolução 103/01, artigo 12 do anexo I da circular 255/04 e 68 da circular 302/05

23. TAXA DE JUROS

Considerando a hipótese da transformação da indenização em renda, a taxa de juros deverá observar o limite máximo de 6% (seis por cento) ao ano ou sua equivalente efetiva mensal.

Conforme artigo 92 da circular 302/05

23.1. O limite de que trata o *caput* não se aplica a juros moratórios.

Conforme artigo 92, parágrafo único da circular 302/05

23.2. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato, são de

1/365 de 6%, sendo que, na sua falta, serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a

mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional. Conforme artigo 12, parágrafo único do anexo I da circular 255/04 e artigo 47 da circular 302/05

24. REGIME FINANCEIRO

Considerando-se que o plano de seguro em questão é estruturado em regime financeiro de repartição, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante, exceto aqueles pagos a maior, por erro de cobrança da Seguradora, ou em caso de recusa da proposta de seguro em que o prêmio tenha sido pago antecipadamente.

Conforme artigo 71 e 91 da circular 302/05

24.1. O prêmio a ser restituído nas hipóteses do subitem anterior serão atualizados de IPCA/IBGE, ou outro índice que venha a substituí-lo.

25. SUB-ROGAÇÃO

Nos Seguros de Pessoas o Segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário, contra o causador do sinistro.

Conforme artigo 800 do Código Civil e artigo 89 da circular 302/05

26. EXCEDENTES TÉCNICOS

Quando previsto na apólice, terão suas condições expressamente ratificadas nas Condições Particulares da apólice.

Conforme artigos 15 e 16 da resolução 117/04 e artigo 10 da circular 317/06

27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Estipulante e/ou corretor de seguro deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e particulares e a nota técnica atuarial submetidas à Susep.

Conforme artigo 2º da circular 307/06

27.1. Todo o material de propaganda e promoção do seguro devem conter os seguintes elementos obrigatórios:

- a) aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;
- b) registro deste plano na Susep não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização;
- c) o Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na Susep, nome completo, CNPJ ou CPF.

Conforme artigo 96 da circular 307/06

28. ROTINAS OPERACIONAIS

Para atender o objetivo do subitem 13.5 destas Condições Gerais, bem como a determinação da Susep, é imprescindível que o Estipulante encaminhe à Seguradora, mensalmente, por meio magnético, relação dos Segurados existentes, com suas correspondentes informações cadastrais solicitadas por ocasião da apresentação da proposta, bem como as pertinentes ao capital segurado, conforme último *layout* em vigor.

28.1. Cabe ressaltar que a inobservância ao item anterior sujeita o Estipulante e a Seguradora à pena de multas.

28.1.1. Quando não for possível ao Estipulante encaminhar a relação por meio magnético, a mesma poderá ser enviada em listagens impressas.

28.1.2. O Estipulante comunicará à Seguradora todas as inclusões e exclusões de Segurados, as quais serão



devidamente registradas pela Seguradora, bem como informará previamente todas as modificações na situação do Segurado que impliquem a alteração de seus capitais, garantias e prêmios.

29. MOEDA

Todos os valores constantes dos documentos que integram as operações de seguro deverão ser expressos em moeda corrente nacional, vedada a utilização de unidade monetária de qualquer outra natureza.

Conforme artigo 3º da resolução CNSP 10º e 4º da resolução 117/01

30. IMPOSTOS

Fica entendido e acordado que, nos seguros, os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

Conforme enunciado 22 do anexo à instrução SUSEP 19/99

31. COSSEGURO

Quando o risco for assumido em cosseguro, a apólice indicará o nome da Seguradora que administrará o contrato e representará as demais para todos os seus efeitos, denominada Seguradora líder, bem como as demais Seguradoras participantes, e os seus respectivos limites de responsabilidade máxima assumida.

31.1. Inexiste responsabilidade solidária entre as Seguradoras.

Conforme artigo 761 do Código Civil.

32. FORO

Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do contrato de seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes deste contrato será o do domicílio do Segurado ou Beneficiário, conforme for o caso.

32.1. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição do foro diverso daquele previsto no item 32 anterior.

Conforme artigo 81 da circular 302/05

33. RATIFICAÇÃO

Ratificando o disposto no item 6 destas Condições Gerais, considerar-se-ão cobertos os riscos devidamente relacionados, em item específico, nas Condições Particulares da apólice, que fazem parte integrante e inseparável da apólice.]

34. REGISTRO NA SUSEP

As condições deste seguro estão registradas junto à Susep no processo administrativo sob o número 15414.001930/97-29.



GENERALI DO BRASIL
Companhia Nacional de Seguros

Matriz: Av. Rio Branco, 128 – Rio de Janeiro – RJ
CEP: 20040-002 – Tel: 2508-0100 – Fax: 2509-7393
CNPJ: 33.072.307/001-57
Fale com a ouvidoria Generali: www.generalicom.br

Anexo I

Cláusula Adicional de Indenização por Morte Acidental (MA)



CLÁUSULA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO POR MORTE ACIDENTAL (MA)

1. OBJETIVO

Esta cláusula adicional tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiário(s) do Segurado o pagamento do capital segurado adicional de até 100% do limite máximo individual de garantia da apólice para a Cobertura Básica, caso o Segurado venha a falecer em consequência de acidente coberto.

2. CONCEITO

Acidente pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se o disposto nos riscos cobertos, descritos no item 3 posterior.

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no item 2, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos constantes do item 7 das Condições Gerais de Acidentes Pessoais Coletivo, não estão garantidos pela presente Cláusula Adicional:

- a) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os

mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no inciso I deste artigo;
- e) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- f) acidentes decorrentes direta ou indireta de quaisquer alterações mentais consequentes do uso de álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substância tóxicas;
- g) acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
- i) acidente vascular cerebral;

4.1 qualquer tipo de hérnia e suas consequências;

4.2 parto ou aborto e suas consequências, mesmo se provocados por acidente;

4.3 as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

4.4 o choque anafilático e suas consequências.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre; **todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.**

6. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por invalidez permanente por acidente e morte acidental não se acumulam.

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

Conforme artigo 13 da circular 302/05

7. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ele comunicado pelo Estipulante ou seu representante, tão logo tenha conhecimento dele, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

7.1. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.



7.1.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no Manual de Liquidação de Sinistros, com informações completas sobre o acidente.

8. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

O Beneficiário, para recebimento do capital segurado, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

8.1. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta dos Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

8.2. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o acidente.

8.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

9. CARÊNCIA

Para todas as cláusulas de coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no seguro. A referida carência e o mesmo prazo são observados na hipótese de aumento espontâneo e individual do limite máximo de garantia da apólice.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.



GENERALI DO BRASIL
Companhia Nacional de Seguros

Matriz: Av. Rio Branco, 128 – Rio de Janeiro – RJ
CEP: 20040-002 – Tel: 2508-0100 – Fax: 2509-7393
CNPJ: 33.072.307/001-57
Fale com a ouvidoria Generali: www.generalicom.br

ANEXO II

Cláusula Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)



CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA

1. OBJETIVO

Esta cláusula adicional tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de até 200% do capital segurado na Cobertura Básica, caso ele venha a ficar parcial ou totalmente inválido, em caráter permanente, em consequência de acidente coberto.

1.1. O percentual de cobertura escolhido para esta garantia é de livre escolha do Estipulante e será definido nas Condições Particulares da presente apólice.

2. CONCEITOS

Acidente pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se o disposto nos riscos cobertos, descritos no item 3 posterior.

2.1 A cobertura de invalidez permanente por acidente garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto. Conforme item 11 da circular 302/05

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no item 2, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatómicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos constantes do item 7 das Condições Gerais de Acidentes Pessoais Coletivo, não estão garantidos pela presente Cláusula Adicional:

- a) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de

ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no inciso I deste artigo;

e) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;

f) acidentes decorrentes direta ou indireta de quaisquer alterações mentais consequentes do uso de álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substância tóxicas;

g) acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

h) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;

i) a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por Invalidez Permanente;

j) acidente vascular cerebral.

4.1 qualquer tipo de hérnia e suas consequências;

4.2 parto ou aborto e suas consequências, mesmo se provocados por acidente;

4.3 as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

4.4 choque anafilático e suas consequências.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre; **todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.**

6. INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)

No caso de Invalidez Permanente, verificada dentro de 1 (um) ano, a contar da data do acidente, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir:

Conforme artigo 1º da circular 302/05



TABELA PARA O CÁLCULO DO PAGAMENTO DO APITAL SEGURADO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Invalidez Permanente Total	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100
Invalidez Permanente Parcial - Diversas	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Invalidez Permanente Parcial - Membros Superiores	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-
Invalidez Permanente Parcial - Membros Inferiores	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros (perna)	25
Fratura não-consolidada da rótula	20
Fratura não-consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo:	-



pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	
Encurtamento de um dos membros inferiores: de 5 (cinco) centímetros ou mais de 4 (quatro) centímetros de 3 (três) centímetros menos de 3 (três) centímetros	15 10 06 sem pagamento

6.1. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.
Conforme artigo 12,§1º da circular 302/05

6.1.1. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.
Conforme artigo 12,§2º da circular 302/05

6.2. Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
Conforme artigo 12,§3º da circular 302/05

6.3. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).
Conforme artigo 12,§4º da circular 302/05

6.4. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.
Conforme artigo 12,§5º da circular 302/05

6.5. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
Conforme artigo 12,§6º da circular 302/05

7. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por invalidez permanente por acidente e morte acidental não se acumulam.

7.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.
Conforme artigo 13 da circular 302/05

8. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ele comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo tenha conhecimento, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.
Condição Contratual

8.1. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.
Condição Contratual

8.1.1. A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário e documentos correlatos, contidos no Manual de Liquidação de Sinistros, com informações completas sobre o acidente.
Condição Contratual

8.2. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.
Condição Contratual

9. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

O Segurado ou Beneficiário, para recebimento do pagamento do capital segurado, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.
Condição Contratual

9.1. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.
Condição Contratual

9.2. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais e certidões de inquiridos ou processos relacionados com o acidente.
Condição Contratual

9.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.
Condição Contratual

9.4. O Segurado se compromete a submeter-se a exames e/ou perícia médica solicitadas pela Seguradora, para comprovação e avaliação de seu grau de invalidez, quando julgados necessários pela mesma.

10. JUNTA MÉDICA

É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer à Seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

10.1. Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.
Conforme artigo 86 da circular 512/05 e 302/05

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
Conforme artigo 77 da circular 302/05

11.1. A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.



12. CARÊNCIA

Para todas as cláusulas de coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no seguro. A referida carência e o mesmo prazo são observados na hipótese de aumento

espontâneo e individual do limite máximo de garantia da apólice.

13. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.



GENERALI DO BRASIL
Companhia Nacional de Seguros

Matriz: Av. Rio Branco, 128 – Rio de Janeiro – RJ
CEP: 20040-002 – Tel: 2508-0100 – Fax: 2509-7393
CNPJ: 33.072.307/001-57
Fale com a ouvidoria Generali: www.generalicom.br

Anexo III

Cláusula Adicional de Despesas Médico- Hospitalares e Odontológicas



CLÁUSULA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS - DMH

1. OBJETIVO

A cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

2. RISCOS COBERTOS

Despesas médico-hospitalares e odontológicas para eventos diretamente ligados a causas acidentais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura de DMH (Despesas Médico-Hospitalares), além daqueles previstos no item 7 das Condições Gerais de Acidentes Pessoais Coletivo, as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado e enfermagem de caráter particular;
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;
- e) cirurgia plástica estética, exceto aquelas de caráter reparador para reconstituição de funções, danificadas em função de acidente coberto, e cuja finalidade não seja meramente estética;
- f) estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;
- g) tratamentos relacionados a doenças;
- h) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- i) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- j) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como:
Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- k) 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, definido no inciso I deste artigo;
- l) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;

- m) acidentes decorrentes direta ou indiretamente de quaisquer alterações mentais consequentes do uso de álcool, drogas, entorpecentes ou substâncias tóxicas;
- n) acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- o) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.

3.1 qualquer tipo de hérnia e suas consequências;

3.2 o parto ou aborto e suas consequências, mesmo se provocados por acidente;

3.3 as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto; e

3.4 choque anafilático e suas consequências.

3.5. A Seguradora não se eximirá do pagamento do capital segurado, ainda que da apólice quando a morte ou a incapacidade do Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

3.5.1. A omissão do Segurado quanto à informação da prática de esportes violentos, quando do preenchimento da Proposta Individual de Adesão, se esta lhe foi exigida, é causa ensejadora da perda do direito ao capital segurado por esta cobertura.

4. DA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

5. CAPITAL MÁXIMO SEGURADO

Será definido nas Condições Particulares da apólice e, em qualquer hipótese, não poderá ultrapassar ao capital garantido pela Cobertura Básica.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.

7. DA COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, mediante apresentação de Notas Fiscais originais e demais documentos necessários à comprovação do acidente, descritos no Manual de Liquidação de Sinistros.

8. CLÁUSULA DE CONCORRÊNCIA

Não será estabelecida a inclusão nas condições contratuais da cláusula de concorrência de apólices, exceto no caso de coberturas que garantam o reembolso de despesas.

Conforme artigo 31 da circular 302/05

8.1 Possuindo o Segurado mais de uma apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas médico-hospitalares, conforme ressalva contida no subitem anterior, a responsabilidade desta Seguradora, nesta apólice, será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices



vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta garantia em cada uma delas.

Condição contratual

8.2. Pelo mesmo acidente, o reembolso não poderá superar o limite máximo contratado para a cobertura de DMH.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

No caso de utilização do reembolso por esta cobertura, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes eventos, não poderá exceder ao capital segurado contratado na Cobertura Básica.

Conforme artigo 77 da circular 302/05

9.1. A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio

adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

10. CARÊNCIA

Para todas as Cláusulas de Coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no seguro. A referida carência e o mesmo prazo são observados na hipótese de aumento espontâneo e individual do limite máximo de garantia da apólice.

11. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.



GENERALI DO BRASIL
Companhia Nacional de Seguros

Matriz: Av. Rio Branco, 128 – Rio de Janeiro – RJ
CEP: 20040-002 – Tel: 2508-0100 – Fax: 2509-7393
CNPJ: 33.072.307/001-57
Fale com a ouvidoria Generali: www.generalibrasil.com.br

Anexo IV

Cláusula Adicional de Diárias de Incapacidade Temporária – DIT



CLÁUSULA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – DIT

1. OBJETIVO

Caracteriza-se a incapacidade temporária pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o Segurado exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, em decorrência de acidentes cobertos.

1.1 A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, a contar da caracterização da incapacidade, até o dia de sua volta à atividade, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

1.2 O período de franquia de que trata o subitem anterior deverá ser de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento, o que também constará expressamente das condições particulares da apólice.

2. RISCOS COBERTOS

A cobertura de diárias de incapacidade temporária despesas médicas, hospitalares e odontológicas garante o pagamento de diárias preestabelecidas durante o período de afastamento do segurado decorrente de acidente coberto.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura de DIT – diárias de Incapacidade Temporária, além daqueles previstos no item 7 das condições Gerais de Acidentes Pessoais Coletivo, as despesas decorrentes de:

- a) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente pessoal coberto;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por trauma continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no inciso I deste artigo;
- e) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- f) acidentes decorrentes direta ou indireta de quaisquer alterações mentais consequentes do uso de álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- g) acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza; e

h) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.

3.1 qualquer tipo de hérnia e suas consequências;

3.2 o parto ou aborto e suas consequências, mesmo se provocadas por acidente;

3.3 as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

3.4 o choque anafilático e suas consequências;

3.5 A seguradora não se eximirá ao pagamento do capital segurado, ainda que da apólice quando a morte ou a incapacidade do segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

3.5.1 A omissão do segurado quanto à informação da prática de esportes violentos, quando do preenchimento da proposta individual de adesão, se esta lhe for exigida, é uma causa ensejadora de perda do direito ao capital segurado por esta cobertura.

5. CAPITAL MÁXIMO SEGURADO

Será definido nas condições particulares da apólice e, em qualquer hipótese, a diária não poderá ultrapassar a 1/360 avos do capital segurado pela cobertura básica. O período de cobertura também será definido nas condições particulares da apólice.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, todavia, só estarão garantidos os segurados com residência fixa no Brasil.

7. DA COMPROVAÇÃO DO AFASTAMENTO

O afastamento deverá ser comprovado mediante apresentação dos documentos necessários a comprovação do acidente e documentos médicos descritos no manual de liquidação de sinistros.

8. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL

No caso de utilização do reembolso por esta cobertura, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes eventos, não poderá exceder ao capital segurado contratado na cobertura básica.

Conforme artigo 77 da circular 302/05

8.1 A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

8.2 Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não poderá superar a quantidade contratada.

9. CARÊNCIA

Para todas as Cláusulas de coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do segurado, ou a(s) sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão



GENERALI DO BRASIL
Companhia Nacional de Seguros

Matriz: Av. Rio Branco, 128 – Rio de Janeiro – RJ
CEP: 20040-002 – Tel: 2508-0100 – Fax: 2509-7393
CNPJ: 33.072.307/001-57
Fale com a ouvidoria Generali: www.generalibrasil.com.br

individual no seguro. A referida carência e o mesmo prazo são observados na hipótese de aumento espontâneo e individual do limite máximo de garantia da apólice.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.



GENERALI DO BRASIL
Companhia Nacional de Seguros

Matriz: Av. Rio Branco, 128 – Rio de Janeiro – RJ
CEP: 20040-002 – Tel: 2508-0100 – Fax: 2509-7393
CNPJ: 33.072.307/001-57
Fale com a ouvidoria Generali: www.generalicom.br

Anexo V

Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge



CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE - IC

1. OBJETIVO

A presente cláusula tem por objetivo permitir a inclusão, na apólice, dos cônjuges de todos os Segurados Principais, observadas as condições a seguir:

1.1. Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos Segurados Principais, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
Conforme artigo 34,§1º da circular 302/05.

1.2. Não participam desta cláusula os cônjuges que façam parte do grupo segurado principal.

2. RISCOS COBERTOS

Os cônjuges poderão ser garantidos pela Cobertura Básica e pelas Adicionais, exceto pelas coberturas de DMH - Despesas Médico-Hospitalares e DIT - Diárias de Incapacidade Temporária.

2.1. As coberturas em que os cônjuges serão incluídos e os respectivos capitais segurados, limitados ao máximo de 100% daqueles do Segurado Principal, serão definidos em aditivo à apólice ou em suas Condições Particulares.
Conforme artigo 34,§2º da circular 302/05

3. FORMAS DE INCLUSÃO

3.1. Automática - Nesta modalidade de inclusão, ficam incluídos na apólice os cônjuges de todos os Segurados Principais, **exceto aqueles que já fizeram parte do grupo segurado principal.** Neste caso, os prêmios correspondentes aos cônjuges serão pagos por todos os componentes do grupo segurado.
Conforme artigo 31, inciso I da circular 302/05.

3.2. Facultativa - O cônjuge somente será incluído no seguro por manifestação expressa do Segurado Principal e concomitantemente com ele, mediante preenchimento da Proposta Individual de Adesão e da declaração de saúde do cônjuge; os prêmios correspondentes ao seguro do cônjuge serão pagos pelo respectivo Segurado Principal.
Conforme artigo 31, inciso II da circular 302/05

3.2.1. A inclusão do cônjuge no grupo segurado, posteriormente à inclusão do Segurado Principal, somente poderá ser feita mediante declaração de saúde, assinada por ambos, podendo a Seguradora exigir, ainda,

laudo médico que ateste as boas condições de saúde do cônjuge.

4. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário do seguro do cônjuge no caso de sua morte será sempre o Segurado Principal e nos casos de invalidez permanente por acidente será o próprio cônjuge.

4.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos Segurados, Principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

5. CANCELAMENTO DO SEGURO DO CÔNJUGE

O seguro do cônjuge será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da apólice e desta cláusula:

- a) nos casos de exclusão do Segurado Principal da apólice, inclusive por morte;
- b) no caso de separação judicial ou divórcio;
- c) no caso de cancelamento de seu registro, quando se tratar de companheira(o); ou
- d) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão do cônjuge for facultativa.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre; **todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.**

7. CARÊNCIA

Para todas as cláusulas de coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no seguro. A referida carência e o mesmo prazo são observados na hipótese de aumento espontâneo e individual do limite máximo de garantia da apólice.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.



GENERALI DO BRASIL
Companhia Nacional de Seguros

Matriz: Av. Rio Branco, 128 – Rio de Janeiro – RJ
CEP: 20040-002 – Tel: 2508-0100 – Fax: 2509-7393
CNPJ: 33.072.307/001-57
Fale com a ouvidoria Generali: www.generali.com.br

Anexo VI

Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos



CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS

1. OBJETIVO

A presente cláusula tem por objetivo incluir na apólice, automaticamente, os filhos e enteados menores de 21 anos, naturais ou adotados, dependentes do Segurado Principal e/ou do Segurado pela Cláusula Adicional de Inclusão de Cônjuge, na forma de inclusão automática. A cobertura poderá ser estendida até 24 anos se o filho for solteiro, dependente dos pais e estiver cursando universidade.

1.1. Ficam também incluídos nesta cláusula:

- a) filho natimorto;
- b) Filho inválido, de qualquer idade, considerado dependente do segurado principal pela legislação do Imposto de Renda e da Previdência Social

1.1.1. Para efeito do presente artigo equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal.

Conforme artigo 35,§1º da circular 302/05

1.2. Nas hipóteses do item 1.1 anterior é garantido apenas o reembolso das despesas havidas com o funeral, respeitando –se o limite de capital fixado nessa cobertura.

2. FORMAS DE INCLUSÃO

2.1. **Automática:** quando abranger os filhos de todos os Segurados Principais e/ou dos cônjuges segurados; e

Conforme artigo 35, inciso I da circular 302/05

2.2. **Facultativa:** quando abranger os filhos dos Segurados Principais e/ou dos cônjuges segurados que assim o autorizarem.

Conforme artigo 35, inciso II da circular 302/05

2.3. **Nos planos coletivos, quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais do mesmo grupo segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito da cláusula.**

Conforme artigo 35,§2º da circular 302/05

2.4. **O capital segurado dos filhos não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo Segurado Principal, observando-se que o critério para fixação do capital da cláusula suplementar deve ser claramente estabelecido na própria cláusula, ou nas Condições Particulares.**

Conforme artigo 35,§3º da circular 302/05

3. RISCOS COBERTOS

Os filhos serão garantidos somente na Cobertura Básica. O capital destinado a esta cobertura poderá ser pago sob a

forma de pagamento do capital segurado ou forma de reembolso com as despesas do funeral do filho, inclusive traslado do corpo, até o limite máximo de garantia da apólice, o que estará ratificado nas Condições Particulares da apólice.

3.1. Para os menores de 14 (catorze) anos o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de Notas Fiscais originais, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

3.2. O limite máximo de garantia da apólice por filho será definido em aditivo à apólice ou em suas Condições Especiais ou Particulares.

4. CANCELAMENTO DO SEGURO DO FILHO

O seguro do filho será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da apólice e desta cláusula:

- a) quando for cancelada a Cláusula de Inclusão de Cônjuge, na forma de inclusão automática;
- b) nos casos de exclusão do Segurado Principal, inclusive por morte;
- c) no caso de cessação da condição de dependente, como previsto no Regulamento do Imposto de Renda;
- d) quando o filho atingir 18 anos de idade; ou
- e) a pedido do Segurado Principal.

5. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta cláusula será sempre o Segurado Principal.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre; **todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.**

7. CARÊNCIA

Para todas as cláusulas de coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no seguro. A referida carência e o mesmo prazo são observados na hipótese de aumento espontâneo e individual do limite máximo de garantia da apólice.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.



GENERALI DO BRASIL
Companhia Nacional de Seguros

Matriz: Av. Rio Branco, 128 – Rio de Janeiro – RJ
CEP: 20040-002 – Tel: 2508-0100 – Fax: 2509-7393
CNPJ: 33.072.307/001-57
Fale com a ouvidoria Generali: www.generalicom.br

Anexo VII

Clausula de Distribuição dos Excedentes Técnicos



CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DOS EXCEDENTES TÉCNICOS DA APÓLICE

1. OBJETO

Fica entendido e concordado que a Seguradora concederá à apólice uma participação em seus resultados técnicos, nos termos das condições definidas a seguir, desde que tenha sido verificada uma média mensal mínima de 500 Segurados Principais durante o período de apuração.

Conforme artigo 10 da circular 317/06

2. APURAÇÃO DOS EXCEDENTES

A distribuição dos excedentes técnicos será realizada após o término da vigência anual da apólice, desde que a mesma seja renovada nesta Seguradora, e depois de pagas todas as faturas de prêmio do período em apuração e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

Conforme artigo 10, §5º da circular 317/06

3. DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO CUSTEIO

Nos seguros parcial 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 nas Condições Particulares da apólice.

Conforme artigo 10, §5º da circular 317/06

3.1. Para os casos previstos no subitem anterior, deverá ser incluído no certificado individual informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

Conforme artigo 10, §7º da circular 317/06

3.2. O percentual ou percentuais de reversão de excedente técnico deverão constar na proposta de contratação, de adesão e no contrato.

Conforme artigo 10, parágrafo único da resolução 117/04

4. RECEITAS

Consideram-se como receitas para fins de apuração do resultado técnico:

- os prêmios líquidos, de competência correspondente ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- o estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- recuperação de sinistro de resseguro, até o limite dos prêmios cedidos, considerados na alínea "d" do item 5 posterior; e
- o estorno da reserva de sinistros ocorridos e não avisados, do período de vigência anual anterior.

Conforme artigo 10, §1º da circular 317/05

5. DESPESAS

Consideram-se como despesas para fins de apuração do resultado técnico:

- as comissões de corretagem, de administração (pró-labore) e de agenciamento pagas durante o período;
- o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época, pagos ou avisados, e ainda não considerados até o fim do período em apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;

c) os saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;

d) os prêmios de resseguro cedidos;

e) as despesas gerais de administração da Seguradora, calculadas em uma percentagem dos prêmios recebidos no período de apuração, bem como eventuais despesas extraordinárias com a apólice; e

f) reserva de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR – Incurred But Not Reported); e

g) impostos que venham a recair sobre os prêmios e sinistros, conforme item 30 das Condições Gerais.

Conforme artigo 10, §2º da circular 317/06

6. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- o respectivo pagamento para prêmios e comissões;
- o aviso à Seguradora para os sinistros;
- a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- a data de recebimento do prêmio, para as despesas gerais da Seguradora.

Conforme artigo 10, §3º da circular 317/06

6.1. 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, observado o disposto no item 3 anterior.

Conforme artigo 10, §4º da circular 317/06

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

Do excedente apurado, uma parte será destinada à apólice, nos termos do item 3 anterior.

8. REPASSE DOS EXCEDENTES TÉCNICOS

A devolução dos excedentes técnicos será feita ao Estipulante do seguro, independentemente do tipo de custeio. Nos seguros total ou parcialmente contributários, hipótese prevista no item 3 anterior, é de inteira responsabilidade do Estipulante efetuar a devolução do excedente técnico aos Segurados, na proporção de contribuição de cada um.

Condição contratual

9. RATIFICAÇÃO

Os percentuais de participação do Estipulante nos excedentes técnicos a serem distribuídos, conforme item 1 anterior, das despesas gerais de administração, mencionadas no item 5, alínea "e", e a quantidade de salários mínimos que comporão cada quota para sorteio, nos termos do item 3 anterior, serão definidos em aditivo à apólice ou em suas Condições Particulares.



GENERALI DO BRASIL
Companhia Nacional de Seguros

Matriz: Av. Rio Branco, 128 – Rio de Janeiro – RJ
CEP: 20040-002 – Tel: 2508-0100 – Fax: 2509-7393
CNPJ: 33.072.307/001-57
Fale com a ouvidoria Generali: www.generalicom.br

Anexo VIII

Procedimentos para Liquidação de Sinistros



MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

TABELA DE DOCUMENTOS

Item	Descrição dos Documentos	COBERTURAS				
		MA	IPA	DMH	DIT	IAF
1	Formulário Aviso de Sinistro (VDI-26) Nas coberturas de IPA e IFPTD é imprescindível o reconhecimento de firma, por Autenticidade, do médico que preencher o formulário Aviso de Sinistro. O aviso deverá ser preenchido pelo Estipulante nas informações que lhe couberem prestar, com assinatura e carimbo do responsável.	X	X	X	X	X
2	Ficha do Empregado (no caso de apólices empregado/empregador)	X	X	X	X	X
3	Cópia do último contra-cheque (Holerith) do segurado, com o desconto do prêmio no mês do evento.	X	X	X	X	X
4	Cópia da rescisão do contrato de trabalho, quando nesta houver desconto de prêmio de seguro.	X	X	-	X	-
5	Certidão de Óbito	X	-	-	-	X
6	Carteira de Identidade e CPF do Segurado	X	X	X	X	X
7	Proposta individual de adesão	X	X	-	X	-
8	Formulário de Indicação/alteração de Beneficiários	X	-	-	-	-
9	Declaração de Herdeiros, assinada e com firma reconhecida, na falta de indicação de Beneficiários	X	-	-	-	-
10	Carteira de Identidade e CPF dos Beneficiários	X	X	X	X	X
11	Certidão de Nascimento ou casamento, esta última pós óbito, dos Beneficiários	X	-	-	-	-
12	Certidão de Casamento (emitida pós óbito, em caso de sinistro na Cobertura de Inclusão Automática de Cônjuge)	X	-	-	-	-
13	Boletim de Ocorrência Policial	X	X	X	X	-
14	Laudo de necropsia e laudos complementares	X	-	-	-	-
15	Inquérito Policial	X	X	X	X	X
16	Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente de trânsito	X	X	X	X	X
17	Relatório médico (especificando em percentuais o grau de incapacidade e o tipo de sequelas e suas relações de causa e efeito com o déficit descrito)	-	X	-	-	-
18	Laudo do primeiro atendimento e laudos de exames complementares relacionados com o acidente	-	X	-	-	-
19	CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho habilitada por médico	-	X	-	-	-
20	Notas Fiscais originais discriminando as despesas de cartório e as relativas ao funeral do Segurado Sinistrado	-	-	X	-	-
21	Dados Bancários do Segurado e/ou Beneficiário(s) NOME DO BANCO, AGÊNCIA E N.º DA CONTA CORRENTE, em formulário específico (VG-76)	X	X	X	X	X
22	Comprovante de residência do sinistrado e dos Beneficiários (Água, luz, gás ou telefone)	X	X	X	X	X

1. Documentos

1.1. Os documentos solicitados devem ser apresentados em cópias autenticadas.

1.2. É facultado à Seguradora exigir o reconhecimento da firma, nos casos que julgar necessário; entretanto, será sempre exigido o reconhecimento de firma do médico que preencher o Aviso de Sinistro.

1.3. Laudos de Exame: Os exames complementares originais (filmes de Raio X, tomografias computadorizadas, ressonâncias nucleares magnéticas, exames laboratoriais e outros) NÃO DEVEM ser enviados, a não ser quando a área médica da Seguradora os solicitar. A documentação que deve ser enviada limita-se à cópia dos laudos especificando os resultados na íntegra, observadas as exigências da tabela de documentos, itens 17 e 18.

1.4. Sigilo Médico: Todos os documentos médicos deverão ser encaminhados, embalados, devidamente lacrados, sob tarja confidencial, aos cuidados da área médica da Generali. Quando da necessidade do envio de exames originais, estes deverão ser embalados de modo a não permitirem dobras, amassos, vincos ou quaisquer outras injúrias que possam causar dano de qualquer

espécie ou intensidade. Após análise a área médica devolverá os mesmos em molde semelhante e sob os cuidados do representante local da Seguradora, onde os mesmos estarão disponíveis para devolução Segurados/beneficiários.

1.5. Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) – Toda CAT, para quaisquer situações previstas na legislação, deve ser aberta com citação de 2 (duas) testemunhas e devidamente habilitadas por médico, no verso.

1.6. Procuções por Instrumento Particular - Sempre em original e com firma do outorgante reconhecida. Tanto o outorgante como o outorgado devem estar claramente qualificados com o n.º do documento de identidade e do CPF, naturalidade, estado civil, profissão e endereço, devendo ser específica para a Generali, dando poderes ao outorgado para receber e dar quitação.

1.7. Documentação complementar: Dependendo das circunstâncias da ocorrência do sinistro, a Seguradora poderá exigir outros documentos que esclareçam tais circunstâncias e que não constam da tabela acima.

2. Recibos: Os recibos de pagamento do capital segurado, assinados pelos beneficiários com a anotação



do número da Carteira de Identidade e CPF, devem ser devolvidos de imediato à Seguradora.

2.1. Beneficiários analfabetos ou impossibilitados de assinarem - A quitação será a rogo, com a aposição da impressão digital do beneficiário e a assinatura de duas testemunhas, com identificação através da anotação do número da carteira de identidade.

3. Preenchimento do Aviso de Sinistro (VDI-26):

a) Morte Acidental - Deverão ser preenchidos todos os campos referentes à frente do formulário, sendo que, nas assinaturas do Estipulante, devem constar carimbo com endereço e CNPJ, e, do médico assistente, carimbo com CRM e reconhecimento de firma deste último;

a.1) deve-se SEMPRE proporcionar meio de contato com o médico assistente;

3.1. Devem ser preenchidos todos os itens pelo Estipulante, Segurado, declarante e/ou médico assistente do Segurado, no que lhes couber, com as respectivas assinaturas e carimbos. O verso do formulário (parte superior) deverá ser preenchido pelo médico assistente do Segurado, descrevendo com clareza as lesões, comprometimentos, sequelas e perdas funcionais resultantes e decorrentes do acidente, para melhor avaliação do estado de invalidez. Para facilitar esta tarefa, apresentamos, no item posterior, exemplos de descrição de sequelas e perdas funcionais que, seguidos pelo médico assistente, nos fornecerá informações mais precisas que abreviarão a análise do sinistro, apressando sua liquidação. Sempre que houver necessidade de maiores esclarecimentos quanto ao grau de invalidez, não compreendidos e/ou insuficientes na documentação apresentada, poderá ser exigida uma perícia médica, a ser realizada segundo orientação da área médica da seguradora, sendo esta uma prerrogativa técnica cujas orientações de modo e deliberação deverão ser da responsabilidade exclusiva da Matriz da Seguradora, assim como a realização de juntas médicas e sindicâncias de esclarecimentos.

4. Exemplo de Descrição de Sequelas e Perdas Funcionais

4.1. Membros Superiores

a) Amputações - Descrever exatamente o nível da amputação (braço, antebraço, mão e dedos).

Exemplo: terço inferior do braço (à altura do cotovelo), articulação interfalangiana proximal do 2º quirodactilo (dedo da mão);

b) Paralisias - Descrever o segmento e os movimentos paralisados. Estimar o grau de comprometimento e a perda funcional decorrente. Descrever sinais visíveis na região (espasmos, atrofia).

Exemplo: Comprometimento parcial da musculatura responsável pela flexão do antebraço direito, causando prejuízo funcional, equivalente a 30% do membro superior direito;

c) Restrição de movimento:

c.1) Ombro: redução da elevação, abdução, adução (sempre estimando a intensidade), presença de atrofia (descrever localização exata e grau), impotência funcional dolorosa.

c.2) Cotovelo: redução da flexão, supinação ou pronação do antebraço (estimando o grau), atrofia muscular do braço ou antebraço;

c.3) Punho: redução da flexão ou extensão;

c.4) Mão: deformação, desvios ou deformidade dos dedos, atrofia musculares nas mãos.

Observação.: Deve ser esclarecido se existem outras afecções que acometem os segmentos atingidos, como

traumas, artroses, osteoporose, lesões anteriores, que possam interferir na recuperação do Segurado.

4.2. Membros Inferiores

a) Amputações - Descrever o nível exato (coxa, perna, pé e artelhos);

b) Paralisias - Descrever o segmento e os movimentos paralisados. Estimar o grau de comprometimento e a perda funcional decorrente. Descrever sinais visíveis na região (espasmos, atrofia).

Exemplo: Comprometimento parcial da musculatura responsável pela flexão de perna direita, causando prejuízo funcional, equivalente a 50% do membro inferior direito;

c) Restrição de movimento:

c.1) Articulação coxo-femural - flexão, extensão, abdução, adução da coxa;

c.2) Joelho - redução da flexão da perna (estimando o grau), atrofia musculares na coxa e perna;

c.3) Tornozelo - redução da flexão e extensão do pé (estimando o grau);

c.4) Pé - deformidades, amputações;

d) Encurtamento de membros - Expressar as reduções e as datas em que estas ocorreram. Informar os métodos utilizados e documentar com envio de laudo de exame complementar que comprove o resultado;

e) Prejuízo de ambulação (marcha) - Estimar e descrever condições que comprometem o deslocamento do Segurado.

4.2.1. Deve ser esclarecido se existem outras afecções que acometem os segmentos atingidos, como traumas, artroses, osteoporose, lesões anteriores, que possam interferir na recuperação do Segurado.

4.2.2. Todos os comprometimentos e suas respectivas perdas de função devem ser esclarecidos de modo que se possa compreender a relação de causa e efeito, com clareza, assim como devem ser estabelecidos os graus de perda funcional então decorrentes.

4.2.3. Quando houver prejuízo funcional das mãos e/ou da marcha, devem ser caracterizados, além da perda funcional setorial, a estimativa de comprometimento global do Segurado, de acordo com o prognóstico evolutivo e a expectativa de recuperação decorrente dos planos de tratamento.

4.2.4. Em caso de traumas de partes moles (mãos, braços, coxas), lesões articulares (cotovelo, quadril), fraturas e outras lesões de extremidades, poderão ser solicitados pela área médica da Seguradora os “filmes” originais dos exames complementares realizados pelo Segurado (Raio X, Tomografia).

5. Documentos que Qualificam e Habilitam o Beneficiário

a) Cônjuge - Certidão de Casamento, expedida pelo cartório após óbito do Segurado e identidade e CPF;

b) Pais - Certidão de Nascimento, de Casamento e carteira de identidade e CPF;

c) Filhos - Certidão de Nascimento, de Casamento e carteira de identidade e CPF;

d) Filhos menores - tratando-se de menores impúberes (até 16 anos), quando tiverem tutor natural (pai ou mãe), o pagamento do capital segurado poderá ser efetuado a um deles, que receberá em nome do menor em função do pátrio poder.

Caso não haja tutor natural, será necessário Termo de Tutela e Alvará Judicial autorizando expressamente à Generali do Brasil a fazer a liquidação do pagamento do capital Segurado, junto a cópia da identidade e CPF do



tutor nomeado. Os menores púberes (16 a 18 anos) recebem o pagamento do capital segurado assistidos pelos pais ou responsáveis;

e) Companheira(o) do Segurado - caso o(a) Segurado(a) tenha designado sua(seu) companheira(o) como beneficiária(o) e seja solteiro(a), viúvo(a), separado(a) consensualmente ou divorciado(a), deverá ser apresentada cópia da carteira profissional do Segurado(a) com a averbação de dependência junto ao INSS, junto a cópia da identidade e CPF do(a) companheiro(a).. Inexistindo a averbação, apresentar cópia da Declaração do Imposto de Renda onde conste a(o) companheira(o) como dependente, nos termos da legislação pertinente ou prova de união estável. Caso o(a) Segurado(a) seja

casado(a) e tenha indicado sua(seu) companheira(o) como beneficiária(o), o pagamento do capital segurado será feito de acordo com a orientação, em cada caso, do nosso departamento jurídico.

f) Outras cláusulas beneficiárias (parentes ou amigos) - deverá ser encaminhada cópia da carteira de identidade e CPF do beneficiário;

g) Beneficiário falecido - Certidão de Óbito. Caso a morte do beneficiário seja anterior ao óbito do Segurado, a parte do beneficiário falecido é revertida aos demais beneficiários. Caso a morte do beneficiário seja posterior ao óbito do Segurado, a parte do primeiro será indenizada conforme legislação em vigor.



GENERALI DO BRASIL
Companhia Nacional de Seguros

Matriz: Av. Rio Branco, 128 – Rio de Janeiro – RJ
CEP: 20040-002 – Tel: 2508-0100 – Fax: 2509-7393
CNPJ: 33.072.307/001-57
Fale com a ouvidoria Generali: www.generalicom.br

Anexo IX

Glossário Geral



GLOSSÁRIO GERAL

ADITIVO: condição complementar incluída no contrato de seguro. O termo aditivo também é empregado no mesmo sentido de endosso.

AGENCIAMENTO: trabalho de convencimento feito junto a pessoas seguráveis a fim de que elas firmem adesão, por meio de Proposta Individual de Adesão, ao Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais Coletivo, total ou parcialmente contributários.

ÂMBITO DE COBERTURA: significa abrangência da cobertura em determinado tipo de seguro, ou seja, a delimitação entre riscos que estão cobertos e os que não estão.

APÓLICE: documento emitido pela Sociedade Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos.

ASSISTIDO: Beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado sob a forma de renda.

AVISO DE SINISTRO: comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que tenha conhecimento dele.

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

BOA-FÉ: um dos princípios básicos do seguro. Este princípio obriga as partes a atuarem com a máxima honestidade na interpretação dos termos do contrato e na determinação do significado dos compromissos assumidos. O Segurado se obriga a descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou à ocorrência de sinistro. A Seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o Segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes. Esse princípio obriga, igualmente, a Seguradora a evitar o uso de fórmulas ou interpretações que limitem sua responsabilidade perante o Segurado.

CAPITAL SEGURADO: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro.

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

CERTIFICADO INDIVIDUAL: documento destinado ao Segurado, 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.

CLÁUSULA ADICIONAL: cláusula suplementar, adicionada ao contrato, estabelecendo condições suplementares. Em geral, as apólices de seguros já trazem impressas as cláusulas reguladoras do contrato (Condições Gerais), daí a necessidade de cláusulas adicionais para a estipulação de novas condições, conforme a natureza do seguro.

COBERTURA: proteção conferida por um contrato de seguro ou de resseguro. Também chamada como garantia, com a qual por vezes se confunde.

COBERTURA BÁSICA: É a cobertura principal de um ramo. É básica porque sem ela não é possível emitir uma apólice. A ela são agregadas as Coberturas Adicionais, Acessórias ou Suplementares, se ou quando for o caso.

COBERTURAS DE RISCO: coberturas do Seguro de Pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada.

CONDIÇÃO PARTICULAR DO SEGURO: disposição introduzida na apólice com a finalidade de destacar, enfatizar, especificar e ratificar determinados aspectos da cobertura, enfocados de forma particular.

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.

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.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO: disposições anexadas à apólice e que modificam as Condições Gerais, ampliando ou restringindo as suas disposições.

CONTRATO: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a sociedade seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e as obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

CONSIGNANTE: pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos Segurados.

CORRETOR DE SEGUROS: perante a legislação brasileira, o corretor é o intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e a promover contratos de seguro, entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, podendo ser brasileiro ou estrangeiro, se pessoa física, mas com residência permanente no país. Ao corretor é permitido ter prepostos de sua livre escolha, bem como designar, entre eles, o que o substitua nos seus impedimentos ou faltas. A habilitação do corretor ao exercício da profissão depende da obtenção de um diploma de aprovação em exame promovido pela FUNENSEG.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (DPS): É o questionário, normalmente integrante da Proposta Individual de Adesão, no qual o proponente do Seguro de Vida, individual ou em grupo, presta as informações sobre seu estado de saúde e por elas se responsabiliza, sob as penas previstas no Código Civil, substituindo o exame médico.

ESTIPULANTE: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como



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

ESTORNO DE PRÊMIO: retificação de erro cometido, ao lançar, indevidamente, um prêmio ou parcela do mesmo, em crédito ou débito.

EVENTO: toda e qualquer ocorrência ou acontecimento passível de ser garantido por uma apólice de seguro.

EXCEDENTE TÉCNICO: saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

FATOR DE CÁLCULO: resultado numérico, calculado mediante a utilização de taxa de juros e tábua biométrica, quando for o caso, utilizado para obtenção do valor do capital segurado pagável sob a forma de renda.

GARANTIA: ver Coberturas de Risco.

GRUPO SEGURADO: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

GRUPO SEGURÁVEL: é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúnem as condições para inclusão na apólice coletiva.

INDENIZAÇÃO: O valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

ÍNDICE DE SINISTRALIDADE: É o coeficiente ou percentagem que indica a proporção existente entre o custo dos sinistros, ocorridos num conjunto de riscos ou carteira de apólices, e o volume global dos prêmios advindos de tais operações no mesmo período.

INÍCIO DE VIGÊNCIA: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA DA APÓLICE: É a importância em dinheiro fixada na apólice, correspondente ao valor máximo estabelecido para o maior capital objeto do seguro. Pode ser fixo, quando o capital segurado é pago integralmente (Seguros de Vida, por exemplo), ou proporcional, quando o capital segurado é

apurado segundo os danos sofridos (invalidez parcial).

LIMITE MÁXIMO INDIVIDUAL DE GARANTIA DA APÓLICE: É a importância em dinheiro fixada na apólice, correspondente ao valor máximo individual contratado para cada Segurado equivale ao capital individual segurado.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO: É o processo para pagamento de indenizações ao Segurado.

MIGRAÇÃO DE APÓLICES: a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

NOTA TÉCNICA ATUARIAL: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na Susep previamente à comercialização.

NATIMORTO: aquele que nasceu morto ou que, tendo vindo à luz com sinais de vida, logo morreu.

PARÂMETROS TÉCNICOS: a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

PERÍODO DE COBERTURA: aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

PRAZO DE CARÊNCIA: período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

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

PRÊMIO COMERCIAL: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

PRÊMIO PURO: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

PRÓ-LABORE: denominação dada também à comissão de administração, sob a forma percentual, devida enquanto vigorar a apólice, pagável ao Estipulante ou a quem este indicar para administrar o Seguro de Vida

em Grupo e/ou Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

PROPONENTE: o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

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

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL: restabelecimento da importância segurada, após o sinistro e o pagamento do capital segurado pelo evento coberto.

RENDA: série de pagamentos periódicos a que tem direito o assistido (ou assistidos), de acordo com a estrutura do plano.

RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA: modalidade de renovação na qual o seguro permanece em vigor, sempre que não exista manifestação em contrário de uma ou de ambas as partes contratantes.

RESSEGURADOR: pessoa jurídica, Seguradora e/ou Resseguradora, que aceita, em resseguro, a totalidade ou parte das responsabilidades repassadas pela Seguradora direta, ou por outros Resseguradores, recebendo esta última operação o nome de retrocessão.

RISCO: evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro. O risco é a expectativa de sinistro. Sem risco não pode haver contrato de seguro. É comum a palavra ser usada, também, para significar a coisa ou pessoa sujeita ao risco.

RISCOS EXCLUÍDOS: são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano.

SALDAMENTO: direito à manutenção da cobertura com redução proporcional do capital



segurado contratado na eventualidade da interrupção definitiva do pagamento dos prêmios.

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

SEGURADO PRINCIPAL: pessoa física ou jurídica que, tendo interesse segurável, contrata o seguro em seu benefício pessoal ou de terceiros.

SEGURO: contrato pelo qual uma das partes se obriga, mediante cobrança de prêmio, a indenizar outra pela ocorrência de determinados eventos ou por eventuais prejuízos. É a proteção econômica que o indivíduo busca para prevenir-se contra a necessidade aleatória.

SEGURO DE PESSOAS COM CAPITAL GLOBAL: modalidade de contratação coletiva da cobertura de

risco, respeitados os critérios técnico-operacionais, forma e limites fixados pela Susep, segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

SEGURO PROLONGADO: direito à manutenção temporária da cobertura, com o mesmo capital segurado contratado, na eventualidade de ocorrer a interrupção definitiva do pagamento dos prêmios.

SINISTRO: ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

TABELA PRICE: tabela que apresenta coeficiente que permite cálculo da prestação de um financiamento ou de uma renda para pagamento em valores iguais e sucessivos, já incluídos o principal e os juros. O cálculo é feito pela simples multiplicação do capital ou da dívida pelo

coeficiente correspondente ao prazo em que a dívida/renda será paga.

TÁBUA DE MORTALIDADE: definida como "o instrumento destinado a medir as probabilidades de vida e de morte". Consiste, na sua forma mais elementar, em uma tabela que registra, de um grupo inicial de pessoas da mesma idade, o número daquelas que vão atingindo as diferentes idades, até a extinção completa do referido grupo.

TAXA: elemento necessário à fixação das tarifas de prêmios, cálculo de juros, reservas matemáticas etc. A taxa é uma percentagem fixa, que se aplica a cada caso determinado, estabelecendo a importância necessária ao fim visado. Nos Seguros de Vida em Grupo, é comum encontrar taxas expressas em permilagem (‰).



GLOSSÁRIO PARA OS TERMOS RELACIONADOS À COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

AGRAVO MÓRBIDO: Piora de uma doença.

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 eficiente, objetivos e propositais e tomando o segurado total e permanente impossibilitado para a vida civil.

APARELHO LOCOMOTOR: Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

ATIVIDADE DE LABORATIVA: Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

AUXÍLIO: A ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

ATO MÉDICO: Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

CARDIOPATIA GRAVE: Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do Consenso Nacional de Cardiopatia Grave.

COGNIÇÃO: Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

CONNECTIVIDADE COM A VIDA: Capacidade de o ser humano se relacionar com o meio externo que o cerca.

CONSUMPÇÃO: Definimento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

DADOS ANTROPOMÉTRICOS: No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

DEAMBULAR: Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

DECLARAÇÃO MÉDICA: Documento elaborado na forma de relatório ou similar, em que o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

DEFICIÊNCIA VISUAL: Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA: Incapacidade de o organismo produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

DOENÇA CRÔNICA: Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE: Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO: Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

DOENÇA DO TRABALHO: Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, em que há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL: Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico-assistente.

DOENÇA NEOPLÁSTICA 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 ou tumores malignos em atividade.

DOENÇA PROFISSIONAL: Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

ESTADOS CONEXOS: Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

ETIOLOGIA: Causa de cada doença.

FATORES DE RISCO E MORBIDADE: Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

HÍGIDO: Saudável.

MÉDICO-ASSISTENTE: Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

PROGNÓSTICO: Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

QUADRO CLÍNICO: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

RECIDIVA: Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

REFRATARIDADE TERAPÊUTICA: Incapacidade de o organismo humano responder positivamente ao tratamento instituído.

RELAÇÕES EXISTENCIAIS: Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

SENTIDO DE ORIENTAÇÃO: Faculdade de o indivíduo se deslocar, identificar e relacionar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

SEQÜELA: Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

TRANSFERÊNCIA CORPORAL: Capacidade de o Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.