



GENERALI
Brasil Seguros

CONDIÇÕES CONTRATUAIS

Generali _Seguro de Vida em grupo – Taxa
Média

Versão_ 201409

Processo SUSEP nº: 15414.901147/2014-38



SEGURO DE PESSOAS - VIDA EM GRUPO - TAXA MÉDIA

CONDIÇÕES GERAIS

1.	DISPOSIÇÕES GERAIS E PRELIMINARES	6
2.	OBJETIVO DO SEGURO	6
3.	OBJETO DO SEGURO	7
4.	SEGURADO	7
5.	DEFINIÇÕES	7
6.	GARANTIAS DO SEGURO	11
7.	EXCLUSÕES GERAIS	12
8.	ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO	13
9.	ANÁLISE E ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADEÇÃO	14
10.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	15
11.	CUSTEIO DO SEGURO	15
12.	INCLUSÃO DE SEGURADOS	15
13.	PROVA DO SEGURO	16
14.	RENOVAÇÃO E VIGÊNCIA DO SEGURO	16
15.	CANCELAMENTO DO SEGURO	17
16.	CAPITAL SEGURADO	19
17.	ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO	19
18.	CRITÉRIO DE TAXA	20
19.	CARÊNCIA E FRANQUIA	20
20.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	20
21.	SUSPENSÃO DE COBERTURAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS	23
22.	REABILITAÇÃO DE COBERTURAS	23
23.	CANCELAMENTO DE COBERTURAS POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIOS	23
25.	ALTERAÇÃO E REAVALIAÇÃO DE TAXAS E VALORES DO CONTRATO	23
26.	SINISTROS	24
27.	PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO	26
28.	BENEFICIÁRIOS	27
29.	EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS	27
30.	MATERIAL DE DIVUGAÇÃO	27
31.	OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	27
33.	DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS	29
34.	TRIBUTOS	30
35.	TOLERÂNCIA	30
36.	MOEDA	30
37.	ENCARGOS DE TRADUÇÃO	30
38.	FORO	30
39.	PRESCRIÇÃO	30

CONDIÇÕES ESPECIAIS

MORTE – M	31
1. OBJETO DA GARANTIA	31

Processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38

2.	RISCOS EXCLUÍDOS	31
3.	CARÊNCIA	31
4.	CAPITAL SEGURADO	31
5.	BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	31
6.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	31
7.	RATIFICAÇÃO.....	32
MORTE ACIDENTAL – MA		33
1.	OBJETO DA GARANTIA	33
2.	DEFINIÇÕES.....	33
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	33
4.	CARÊNCIA E FRANQUIA	34
5.	CAPITAL SEGURADO	34
6.	BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	34
7.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	34
8.	RATIFICAÇÃO.....	35
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – IFPD		35
1.	OBJETO DA GARANTIA	35
2.	DEFINIÇÕES.....	37
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	38
4.	CARÊNCIA	38
5.	CAPITAL SEGURADO	38
6.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	38
7.	RATIFICAÇÃO.....	39
INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - ILPD		39
1.	OBJETIVO DA GARANTIA.....	39
2.	CONCEITO.....	39
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	40
4.	CAPITAL SEGURADO	40
5.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	40
6.	RATIFICAÇÃO.....	41
INCLUSÃO DE CÔNJUGE – IC		41
1.	OBJETO DA GARANTIA	41
2.	DEFINIÇÕES.....	41
3.	FORMAS DE CONTRATAÇÃO	41
4.	GARANTIAS	41
5.	CESSAÇÃO DAS GARANTIAS.....	41
6.	CARÊNCIA E FRANQUIA	42
7.	CAPITAL SEGURADO	42
8.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	42
9.	RATIFICAÇÃO.....	42
INCLUSÃO DE FILHOS – IF		42
1.	OBJETO DA GARANTIA	42
2.	DEFINIÇÕES.....	43
3.	FORMAS DE CONTRATAÇÃO	43
4.	GARANTIAS	43
5.	CARÊNCIA E FRANQUIA	43

6. CAPITAL SEGUADO	43
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	43
8. RATIFICAÇÃO.....	43
AUXÍLIO FUNERAL DEDUTÍVEL - AFD.....	43
1. OBJETO DA GARANTIA	43
2. DEFINIÇÕES.....	44
3. RISCOS EXCLUÍDOS	44
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	44
5. CAPITAL SEGUADO	44
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	44
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	44
8. RATIFICAÇÃO.....	45
AUXÍLIO FUNERAL COMPLEMENTAR – AFC.....	45
1. OBJETO DA GARANTIA	45
2. DEFINIÇÕES.....	45
3. RISCOS EXCLUÍDOS	45
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	45
5. CAPITAL SEGUADO	45
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	45
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	45
8. RATIFICAÇÃO.....	46
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA.....	46
1. OBJETO DA GARANTIA	46
2. DEFINIÇÕES.....	54
3. RISCOS EXCLUÍDOS	54
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	55
5. CAPITAL SEGUADO	55
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	55
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	55
8. RATIFICAÇÃO.....	56
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA	56
1. OBJETO DA GARANTIA	56
2. DEFINIÇÕES.....	57
3. RISCOS EXCLUÍDOS	58
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	59
5. CAPITAL SEGUADO	59
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	59
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	59
8. RATIFICAÇÃO.....	60
DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE – DMHO	60
1. OBJETO DA GARANTIA	60
2. DEFINIÇÕES.....	60
3. RISCOS EXCLUÍDOS	61
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	61
5. CAPITAL SEGUADO	61
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	61

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	62
8. RATIFICAÇÃO.....	62
DOENÇAS GRAVES - DG.....	62
1. OBJETO DA GARANTIA	62
2. RISCOS EXCLUÍDOS	66
3. CARÊNCIA E FRANQUIA	66
4. CAPITAL SEGURADO	66
5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	67
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	67
7. RATIFICAÇÃO.....	67
DOENÇAS CONGENITAS DE FILHOS – DCF	67
1. OBJETO DA GARANTIA	67
2. DEFINIÇÕES.....	68
3. RISCOS EXCLUÍDOS	68
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	68
5. CAPITAL SEGURADO	68
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	68
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	68
8. RATIFICAÇÃO.....	69
PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO – PRD	69
1. OBJETO DA GARANTIA	69
2. RISCOS EXCLUÍDOS	70
3. CARÊNCIA E FRANQUIA	70
4. CAPITAL SEGURADO	70
5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	71
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	71
7. RATIFICAÇÃO.....	71
DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE E/OU DOENÇA – DIT	71
1. OBJETO DA GARANTIA	71
2. DEFINIÇÕES.....	72
3. RISCOS EXCLUÍDOS	72
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	72
5. CAPITAL SEGURADO	73
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	73
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	73
8. RATIFICAÇÃO.....	74
DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE E/OU DOENÇA – DIH.....	74
1. OBJETO DA GARANTIA	74
2. DEFINIÇÕES.....	74
3. RISCOS EXCLUÍDOS	75
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	76
5. CAPITAL SEGURADO	76
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	76
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	76
8. RATIFICAÇÃO.....	77
VERBAS RESCISÓRIAS – VR.....	77

1. OBJETO DA GARANTIA	77
2. RISCOS EXCLUÍDOS	77
3. CARÊNCIA E FRANQUIA	78
4. CAPITAL SEGURADO	78
5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	78
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	78
7. RATIFICAÇÃO.....	80
ADIANTAMENTO DO CAPITAL SEGURADO EM CASO DE DOENÇA TERMINAL – ACDT	80
1. OBJETO DA GARANTIA	80
2. ADIANTAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	80
3. RISCOS EXCLUÍDOS	80
4. CARÊNCIA E FRANQUIA	80
5. CAPITAL SEGURADO	80
6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	81
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	81
8. RATIFICAÇÃO.....	81
DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA FEMININA - DCMF	81
1. OBJETIVO	81
2. GRUPO SEGURÁVEL.....	82
3. GRUPO SEGURADO	82
4. CONDIÇÕES DE SEGURABILIDADE.....	82
5. RISCOS COBERTOS.....	82
6. RISCOS EXCLUÍDOS	83
7. CARÊNCIA E FRANQUIA	83
8. AVISO DE SINISTRO E DOCUMENTOS ESPECÍFICOS.....	83
9. PERÍCIA/JUNTA MÉDICA.....	84
10. BENEFICIÁRIA.....	84
11. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL.....	84
12. PRÊMIOS INDIVIDUAIS DO SEGURO.....	84
13. DUPLICIDADE DE COBERTURAS.....	84
14. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA	85
15. RATIFICAÇÃO.....	85
AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO – AA	85
1. OBJETO DA GARANTIA	85
2. RISCOS EXCLUÍDOS	85
3. CARÊNCIA E FRANQUIA	85
4. CAPITAL SEGURADO	85
5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO	85
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	85
7. RATIFICAÇÃO.....	86

SEGURO DE PESSOAS - VIDA EM GRUPO – TAXA MÉDIA

CONDIÇÕES GERAIS

1. DISPOSIÇÕES GERAIS E PRELIMINARES

- 1.1. A aceitação do seguro está sujeita à análise do risco.
- 1.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. O presente produto foi registrado na SUSEP sob o N°: 15414.901147/2014-38.
- 1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio de seu registro na SUSEP; Nome completo; CNPJ ou CPF.
- 1.4. Fará prova do contrato de seguro a exibição da apólice ou, na falta desta, a apresentação do documento comprobatório do pagamento do respectivo prêmio.
- 1.5. No caso desta apólice ter sido emitida com cosseguro cedido, as Cosseguradoras discriminadas na especificação da mesma assumem cada uma, direta e individualmente, a quota de responsabilidade que lhe couber, sem solidariedade entre si, até o respectivo limite máximo de sua participação mencionado na apólice, cujas "Condições Gerais e/ou Especiais e/ou do Contrato", impressas, ficam valendo para todas as Cosseguradoras.
 - 1.5.1. Entende-se como "Líder" do presente seguro esta Seguradora, a qual tem a seu cargo os serviços de coordenação do seguro em todas as suas fases. O Segurado, em virtude desta designação, assume o compromisso de dirigir à "Companhia Líder" todas as comunicações a que estiver obrigado por força das "Condições Gerais, Especiais e do Contrato" desta apólice, cabendo ao mesmo a responsabilidade nos termos das referidas condições pelo seu não cumprimento.
 - 1.5.2. Este Seguro foi contratado com emissão de apólice única tendo esta Sociedade, na qualidade de Líder, efetuado em seus registros oficiais o lançamento completo da operação, por si e pelas Cosseguradoras.
- 1.6. Qualquer alteração nas condições desta apólice deverá ser enviada à Seguradora mediante comunicação formal. Deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

2. OBJETIVO DO SEGURO

- 2.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância em dinheiro, limitado ao valor do Capital Segurado conforme a garantia contratada, ao Segurado ou a seus Beneficiários, caso o Segurado venha a sofrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as Condições Gerais a seguir enumeradas, as Cláusulas Especiais e Suplementares, e as Condições Especiais e do Contrato expressamente convencionadas.**
- 2.2. O seguro pode ser extensivo aos componentes dependentes, se assim definido nas Condições Especiais.

Processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38

3. OBJETO DO SEGURO

O presente seguro garante, nos termos da especificação da apólice, até as Importâncias Seguradas estabelecidas no contrato o pagamento de indenização ao Segurado e/ou Beneficiário(s), por prejuízos indenizáveis resultantes de sinistros consequentes de riscos cobertos, deduzindo-se as respectivas franquias e/ou as participações obrigatórias do Segurado, quando existentes, enquanto permanecerem inalteradas as informações prestadas que serviram de base para a emissão da apólice, da qual tais documentos passam a fazer parte integrante.

4. SEGURADO

De acordo com o estipulado no contrato da apólice de seguro

5. DEFINIÇÕES

As definições descritas abaixo são gerais e aplicáveis exclusivamente quando expressamente mencionadas nesta apólice de seguro. Compõem-se de palavras e expressões normalmente usadas pelo mercado segurador e, por vezes, desconhecidas pelo Segurado.

O objetivo é de esclarecer eventuais dúvidas que porventura possam existir na leitura e interpretação das Condições Gerais, Especiais, Específicas e do Contrato que regem este seguro.

Qualquer eventual discordância com relação ao texto legal, este último prevalecerá.

ACEITAÇÃO: Termo que define ato da Seguradora em dar acolhimento aos riscos propostos; garantir; aceitar.

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. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; 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.

Não se incluem no conceito de acidente pessoal: as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões 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; e as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou

assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no conceito de Acidente Pessoal acima.

AGRAVAÇÃO DO RISCO: Termo utilizado para definir o ato que torna o risco mais grave do que originalmente se apresentava no momento de contratação do seguro, podendo, por isso, implicar na perda do direito da indenização.

APÓLICE: É o documento escrito, emitido pela Seguradora e assinado pelo seu representante legal, que instrumentaliza o contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado, de modo indissolúvel, por estas Condições Gerais, Especiais e também pelas Cláusulas Suplementares e Especiais que tiverem sido efetivamente estipuladas, bem como pelo frontispício, pela especificação detalhada ou especificação da apólice e eventuais aditivos. A apólice prova a aceitação e o conteúdo do contrato de seguro por parte da Seguradora.

ATO DOLOSO: É o ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.

ATO ILÍCITO: Ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, que viole direito e cause dano a outrem, ainda que exclusivamente moral (artigo 186 do Código Civil).

BENEFICIÁRIO: São as pessoas físicas e/ou pessoas jurídicas designadas pelo segurado para receber o valor do capital segurado, na hipótese de ocorrência de um sinistro coberto.

BOA FÉ: Um dos princípios básicos do seguro, exigido expressamente pela lei, pelo qual as partes se obrigam a atuar com a máxima honestidade nas relações recíprocas, dando à outra a convicção de ter agido nos termos da Lei, ou de estarem os seus atos por ela amparados, além de demonstrar estar com vontade de celebrar e executar o contrato de seguro sem pretender levar vantagem em função de ato ou omissão que conduza a outra a erro, ou a suportar prejuízo indevido.

CAPITAL SEGURADO e/ou IMPORTÂNCIA SEGURADA: É a importância máxima estabelecida para cada garantia contratada, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto por este Seguro. O valor do Capital Segurado será pactuado na Proposta de Adesão.

PROPOSTA DE ADESÃO: É o formulário, fornecido pela SEGURADORA, na qual é indispensável o preenchimento e assinatura pelo proponente. Quando entregue à SEGURADORA caracteriza a vontade do proponente - pertencente ao grupo segurável - de ser incluído no seguro.

CARÊNCIA: É o período em que a seguradora não tem responsabilidade e não indenizará os eventos cobertos pelo seguro.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: É o documento entregue ao segurado principal para comprovar sua inclusão no seguro. Contém as informações básicas constantes na proposta de adesão, entre os quais, os dados cadastrais do segurado, garantias contratadas e o início de vigência individual.

CANCELAMENTO DA APÓLICE: É a dissolução antecipada do contrato de seguro, que pode ocorrer pelos motivos previstos por esta apólice.

CLÁUSULA: Disposição particular. Parte de um todo que é a apólice.

CLAUSULADO: Conjunto das cláusulas de uma apólice de seguro, ou, num sentido mais amplo, uma referência a todas as disposições do contrato.

AVISO DE SINISTRO: Obrigação imposta ao Segurado de comunicar formalmente a ocorrência do sinistro a Seguradora, indicando data e local de ocorrência, causa e consequências prováveis a fim de que esta possa iniciar o processo de verificação de cobertura, regulação do sinistro e pagamento da indenização.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: Bases da apólice de seguro, onde estão definidos, por meio de cláusulas, os termos e especificações da apólice, as garantias, os riscos cobertos e excluídos e demais condições contratuais tais como perda de direito, limitações, bem como todos os demais direitos e obrigações do Segurado e do Segurador.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: São as condições que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam existir dentro de um mesmo plano de seguro.

CONTRATO: É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, do Segurado e dos Beneficiários do seguro, bem como as características gerais do seguro.

CORRETOR DE SEGUROS: Pessoa física devidamente credenciada por meio de curso e exame de habilitação profissional, autorizada pelos órgãos competentes a promover a intermediação de contrato de seguros e sua administração, podendo constituir-se como pessoa jurídica na forma da lei, devidamente credenciada para tal na SUSEP, obtendo para tanto a remuneração denominada Comissão de Corretagem.

COSSEGURO: Divisão de um risco segurado entre várias Seguradoras, cada uma das quais se responsabiliza por uma quota-parte determinada do valor total do seguro, sendo que a indicada na apólice e denominada "Seguradora Líder" assume a responsabilidade de administrar a apólice, e representar todas as demais no relacionamento com o Segurado, inclusive em caso de sinistro, não havendo, entretanto, solidariedade entre as Seguradoras.

DOENÇAS OU LESÕES PREEXISTENTES: São as doenças ou lesões inclusive as congênitas, contraídas pelo segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro e de seu conhecimento, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e qualquer alteração evidente do seu estado de saúde, e não declaradas na proposta de adesão e declaração pessoal de saúde.

DOLO: Definição jurídica identificada de ato consciente ou intencional de causar dano ou levar vantagem a/ou sobre alguém ou coisa.

ENDOSSO: Instrumento pelo qual a Seguradora formaliza qualquer alteração numa apólice de seguro. O mesmo que aditamento e aditivo.

ESTIPULANTE: É a pessoa física ou jurídica que contrata o seguro em proveito dos Segurados e fica investida dos poderes de representação destes perante a Seguradora, nos limites da legislação aplicável e das disposições contratualmente estabelecidas.

EVENTO COBERTO: É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

Processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38

FRAUDE: É a obtenção ou simples tentativa, para si ou para outrem, de vantagem ilícita, financeira ou material, em prejuízo alheio, mantendo ou somente induzindo alguém em erro, mediante ardil, artifício ou qualquer outro meio que possa enganar. Nos termos da legislação penal brasileira, é uma das formas de estelionato.

FRANQUIA: Quando aplicável, é o valor inicial dos prejuízos indenizáveis, absorvido exclusivamente pelo Segurado em consequência do evento coberto.

GARANTIA: É a designação genérica utilizada para indicar as responsabilidades pelas eventuais consequências dos riscos cobertos assumidos pela Seguradora. Pode ser empregada como sinônimo de cobertura.

GRUPO SEGURADO: É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos das Condições Gerais.

GRUPO SEGURÁVEL: É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o estipulante e podem aderir ou ser incluídas no seguro de acordo com os requisitos estabelecidos nas condições contratuais do seguro.

INDENIZAÇÃO: É a porcentagem do Capital Segurado a ser pago pela Seguradora caso ocorra o sinistro durante a vigência do seguro. Limitada ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: É o período contado em dias, não inferior a 24 (vinte e quatro) horas, de hospitalização do segurado, comprovado através de notas fiscais ou qualquer outro instrumento legal de cobrança ou de declaração do hospital onde ocorreu a internação.

LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES: São sinais, sintomas e estados mórbidos contraídos ou acidente sofrido pelo segurado antes da contratação do seguro, não declarados na proposta de adesão e que sejam de seu conhecimento.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO(S): É a fase final do processo de regulação de sinistro consistindo no pagamento da indenização ou no mero encerramento sem indenização do processo de sinistro.

MÁ FÉ: Agir de modo contrário à lei, aos costumes ou ao direito, e/ou atuando propositadamente.

MÉDICO ASSISTENTE: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). **Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, parentes consanguíneos ou afins, com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.**

NEGLIGÊNCIA: Omissão, descuido ou desleixo no cumprimento de encargo ou obrigação. No seguro, é considerada especialmente na prevenção do risco ou na minoração dos prejuízos.

PRÊMIO: É a importância paga em valor monetário pelo Segurado à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. **O pagamento em dia do prêmio é imprescindível para que o Segurado ou os Beneficiários possam fazer jus às garantias deste seguro.** Cada garantia determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

PROPONENTE: É a pessoa física ou jurídica que propõe a sua adesão ao Seguro e que passará a condição de Segurado Principal somente após a sua aceitação pela Seguradora.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: É o formulário fornecido pela Seguradora, através do qual o proponente, seu representante legal ou seu corretor de seguros, manifesta a sua vontade em contratar o seguro na qualidade de Estipulante, como também fornece as informações necessárias para a cotação do prêmio e condições do seguro, habilitando a Seguradora a emitir a apólice de seguro, manifestando ainda pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais.

PRO-RATA TEMPORIS: Prazo de cobertura da apólice calculado pela divisão do prêmio do seguro pelo número de dias de vigência da apólice.

RISCO DECORRIDO: é aquele em que o prêmio do seguro é pago somente após o risco objeto do contrato já ter passado, sendo prestada a garantia pela Seguradora antecipadamente. O fato de não ter ocorrido sinistro, ou seja, de não ter ocorrido o evento coberto, não exime o Estipulante da obrigação de pagamento do prêmio.

SEGURADOS DEPENDENTES: São o cônjuge/companheiro(a) e os filhos, enteados e menores considerados dependentes econômicos do segurado principal, regularmente incluídos no seguro.

SEGURADO PRINCIPAL: É a pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante, regularmente incluída e aceita no seguro.

SEGURADORA: Empresa legalmente autorizada a subscrever as consequências monetárias sofridas pelos Segurados decorrentes de eventos especificados, que, devidamente autorizada a operar no ramo de seguros, sob a fiscalização da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP assume a responsabilidade pelos riscos cobertos pela apólice, mediante recebimento do respectivo prêmio.

SEGURO: Contrato através do qual a Seguradora se obriga, mediante o pagamento do prêmio, a garantir interesse legítimo do Segurado, contra riscos nele pré-determinados.

SINISTRO: Ocorrência de um evento futuro, súbito, involuntário, inesperado e consequente de um risco coberto na apólice, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora. Caso não esteja amparado pelo contrato de seguro, é denominado risco ou evento não coberto.

VIGÊNCIA: é o prazo de duração do seguro contratado e das coberturas contratadas.

6. GARANTIAS DO SEGURO

6.1. As garantias deste Seguro são passíveis de contratação, respeitadas as conjugações disponibilizadas pela seguradora e **os riscos excluídos destas condições gerais e das condições especiais, descritas por garantia:**

- a) Morte – M
- b) Morte Acidental - MA
- c) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD
- d) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença - ILPD
- e) Inclusão de Cônjuge - IC
- f) Inclusão de Filhos - IF

- g) Auxílio Funeral Dedutível - AFD
- h) Auxílio Funeral Complementar - AFC
- i) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
- j) Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
- k) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente – DMHO
- l) Doenças Graves – DG
- m) Doenças Congênitas de Filhos – DCF
- n) Perda de Renda por Desemprego – PRD
- o) Diária de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença – DIT
- p) Diária de Internação Hospitalar – DIH
- q) Verbas Rescisórias – VR
- r) Adiantamento do Capital em Caso de Doente Terminal – ACDT
- s) Diagnostico de Câncer de Mama Feminino - DCMF
- t) Auxílio Alimentação – AA

6.2. O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Contratação”, quais as garantias que pretende contratar.

7. EXCLUSÕES GERAIS

7.1. Além dos riscos excluídos especificados em cada garantia, este Seguro não cobre os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição à radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou outras perturbações da ordem pública e suas consequências, exceto quando decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;
- c) de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- d) de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticados pelo segurado, sócios controladores, dirigentes e administradores legais, beneficiários e respectivos representantes, quando o seguro for contratado por pessoas jurídicas;

- e) de competições em qualquer tipo de veículo, inclusive treinos preparatórios, exceto quando decorrentes da prática de esportes;
- f) de doenças, acidente ou lesões preexistentes à inclusão do Segurado na apólice, não declaradas na proposta de adesão, e que sejam de seu conhecimento;
- g) de inundação, furação, erupção vulcânica, tempestades, terremotos e movimentos sísmicos;
- h) de suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

8. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO

8.1. A Proposta de Contratação/Alteração, deverá ser assinada obrigatoriamente pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

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

8.1.2. As Condições Gerais completas deste Seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Segurados, quando da apresentação da Proposta de Contratação.

8.2. Nos planos coletivos, a “proposta de contratação” deve ser assinada pelo estipulante e a “proposta de adesão” deve ser assinada pelos proponentes / segurados.

8.3. A adesão à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

8.4. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitá-la ou recusá-la, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco. . Vencido o prazo de 15 (quinze) dias, sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito pela Seguradora.

8.4.1. Para análise da Proposta de Contratação, a Seguradora poderá exigir, **por uma única vez**, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

8.4.2. **Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 8.4.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 8.4. ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.**

8.5. A recusa da Proposta de Contratação, bem como a justificativa da recusa, deverá ser comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral ou deduzida da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado, **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, devidamente corrigidos monetariamente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na última publicação oficial, .

- 8.6. O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- 8.7. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento 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.
- 8.8. 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, caso o prêmio tenha sido fracionado.
- 8.9. A emissão da apólice, do certificado ou do endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.
9. **ANÁLISE E ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO**
- 9.1. Poderão ser incluídos no seguro os Proponentes que preencham as seguintes condições:
- a) Serão aceitos os proponentes pertencentes ao grupo segurável que preencham as regras do seguro descritas na Proposta de Contratação.
- 9.2. A inclusão dos Segurados é feita por adesão ao Contrato Coletivo, conforme **item 12** destas Condições Gerais, mediante preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão.
- 9.3. Para a aceitação do seguro poderá a Seguradora eventualmente exigir, além dos questionários existentes na Proposta de Adesão, outros documentos necessários à análise do risco, tais como: declaração complementar de saúde, relatório médico, resultado de exames complementares, e informações sobre a situação financeira do segurado.
- 9.4. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do proponente no seguro. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.
- 9.4.1. Para análise da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir, **por uma única vez**, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.
 - 9.4.2. **Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 9.4.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 9.4 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.**
- 9.5. A análise e aceitação do risco individual basear-se-á em critérios técnicos adotados pela Seguradora, que reserva a si o direito de aceitar ou não a proposta apresentada.
- 9.6. **A recusa da Proposta de Adesão, bem como a justificativa da recusa, será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, devidamente corrigidos**

monetariamente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na última publicação oficial, desde a data do pagamento até a data da efetiva devolução.

- 9.7. 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.
- 9.8. 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, **caso o prêmio tenha sido fracionado**.

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

O presente seguro cobre todos os sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre e os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao recebimento de indenização correrão totalmente a cargo da Seguradora.

11. CUSTEIO DO SEGURO

- 11.1. Para fins deste Seguro e de acordo com a declaração constante deste contrato o custeio poderá ser:
- a) **não contributivo**, quando os Segurados não pagam prêmios, ou
 - b) **contributivo**, quando os Segurados pagam prêmios total ou parcialmente.
- 11.2. O custeio deste Seguro será determinado pela aplicação das taxas de cada garantia ao seu respectivo Capital Segurado.

12. INCLUSÃO DE SEGURADOS

- 12.1. A inclusão dos Segurados, Principais e Dependentes, é feita por adesão a este Seguro, conforme indicação na Proposta de Contratação e nas Condições Especiais, das seguintes formas:

Segurados Principais:

- a) **Compulsório**, quando o Seguro abranger todos os Componentes do Grupo Segurável;
- b) **Facultativa**, quando o Seguro abranger somente os Componentes do Grupo Segurável que tiverem sua inclusão expressamente declarada.

Cônjuge:

- a) **Automática**, quando abranger todos os cônjuges dos Segurados Principais;
- b) **Facultativa**, quando o Seguro abranger somente os cônjuges dos Segurados Principais, que assim o autorizem.

As condições de inclusão e aceitação do cônjuge, forma de cancelamento, bem como valor do Capital Segurado, estão reguladas na Cláusula Suplementar de Inclusão de cônjuge.

Filhos:

As condições de inclusão e aceitação de filhos, forma de cancelamento, bem como valor do Capital Segurado, estão reguladas na Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos.

12.2. Em caso de inclusão de menores de 14 anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente.

12.3. Os capitais segurados do componente dependente, quando for possível sua inclusão no seguro, em quaisquer garantias, não podem ser superiores ao do componente principal.

13. PROVA DO SEGURO

13.1. Aceito no seguro será entregue ao segurado principal, certificado individual comprovando a aceitação, contendo os seguintes elementos mínimos:

a) Data do início e término do seguro individual do segurado principal e seus dependentes;

b) Capitais Segurados de cada Cobertura;

c) Valor do prêmio total.

13.2. O certificado individual sempre será emitido e enviado ao segurado no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes, em caso de planos coletivos.

13.3. Será incluída no Certificado Individual a informação de que cada Segurado Principal poderá, a qualquer tempo, designar ou substituir expressamente os Beneficiários do Seguro.

14. RENOVAÇÃO E VIGÊNCIA DO SEGURO

14.1. Da Renovação e Vigência da Apólice

14.1.1. A apólice mestra vigorará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no contrato.

Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, irá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.

14.1.2. A renovação automática só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

14.1.3. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

14.1.4. No caso de não renovação, a seguradora e o estipulante poderão de comum acordo estender a sua vigência, até a extinção de todos os riscos cobertos relativos aos prêmios já pagos.

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

14.2. Da Vigência dos Seguros Individuais

14.2.1. Os seguros individuais vigerão enquanto vigorar a Apólice, desde que respeitados os demais termos destas Condições Gerais, especialmente as hipóteses de cancelamento do contrato ou do seguro individual.

14.2.1.1. No caso de não renovação da apólice, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final de vigência da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.

14.2.2. O início e o fim de vigência das coberturas individuais do Seguro serão a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia fixado no contrato, desde que o seguro seja aceito pela Seguradora e o prêmio pago na forma pactuada.

14.2.3. Caso não haja pagamento de prêmio quando do protocolo da Proposta de Adesão, o início de vigência deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordado entre as partes. Em havendo pagamento parcial ou total do prêmio, considera-se o início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, neste caso, o proponente está com cobertura do seguro até a data da formalização da recusa.

14.2.3.1. Para os prêmios recebidos através de cheques bancários, somente serão considerados pagos após a compensação positiva dos mesmos.

14.2.3.2. A compensação do cheque ou o efetivo recebimento do valor do prêmio pela Seguradora não implica na aceitação da proposta, devendo-se observar o disposto nas Condições Gerais desta apólice.

14.2.4. O início de vigência das coberturas individuais dos empregados e/ou sócio/diretores do Estipulante que estiverem licenciados ou afastados do trabalho na data da contratação deste Seguro, e dos empregados e/ou sócio/diretores do Estipulante admitidos durante o período de vigência da apólice, será à zero hora do primeiro dia do mês de competência em que o nome do proponente/segurado aparece pela primeira vez na relação mensal enviada pelo Estipulante à Seguradora, desde que o seguro seja aceito pela Seguradora e o prêmio pago na forma pactuada.

15. CANCELAMENTO DO SEGURO

15.1. A apólice será cancelada:

- a) por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;**
- b) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios;**
- c) se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato; e**

- d) quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé que devem existir por ocasião da contratação e durante a vigência do contrato.
- e) quando o Estipulante não concordar com a correção na taxa de seguro prevista nesta apólice.

15.2. Ocorrerá o cancelamento do seguro individual nos seguintes casos:

- a) por solicitação formal do Segurado, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de 30 (trinta) dias, no mínimo;
- b) atraso no pagamento das parcelas do Prêmio, observado o disposto no item 23 destas Condições Gerais;
- c) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;
- d) ocorrência da morte ou invalidez permanente total do Segurado Principal;
- e) automaticamente se o segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, cometerem fraude ou faltarem com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva durante o processo de contratação ou durante a vigência do seguro;
- f) automaticamente pela inobservância das obrigações convencionadas no contrato de seguro, por parte do segurado, seus beneficiários ou prepostos;
- g) automaticamente pela inexatidão ou omissão nas declarações do segurado durante o processo de contratação ou durante a vigência do seguro;
- h) com o cancelamento da apólice ou final de sua vigência, sem renovação;
- i) quando o Segurado não concordar com a correção na taxa de seguro prevista nesta apólice.

15.2.1. No caso da alínea “c”, o Segurado pode optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo os custos do risco e de cobrança quando previsto em contrato.

15.3. A inclusão do Segurado Dependente será cancelada automaticamente:

- a) com o cancelamento do seguro do Segurado Principal, qualquer que seja a causa;
- b) com o cancelamento do seguro contratado pelo Estipulante;
- c) por solicitação do Segurado Principal, quando a inclusão for facultativa;
- d) com a cessação da condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicada à Seguradora;
- e) com a inclusão do Dependente no Seguro na condição de Segurado Principal.

15.4. Além da situação mencionada acima a apólice será cancelada, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias por mútuo e expresse consenso das partes contratantes, Estipulante, Seguradora e 3/4 (três quartos) do grupo segurado;

- 15.5. A rescisão total ou parcial do contrato poderá ser realizada a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes, mas sempre com a concordância recíproca.
- 15.6. Na hipótese de rescisão conforme item 15.5 acima, a sociedade seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

16. CAPITAL SEGURADO

Para fins deste Seguro, Capital Segurado é a importância máxima a ser paga ou reembolsada em função do valor estabelecido para cada garantia, vigente na data do evento.

- 16.1. Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos para cada garantia vigente na data do evento.

16.1.1. A data do evento será determinada a cada garantia, e consta das condições especiais do seguro;

16.2. Atualização do capital segurado

16.2.1. Para os seguros com vigência superior a 1 (um) ano, o valor do capital segurado e dos prêmios serão corrigidos anualmente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem 2 (dois) meses anteriores ao aniversário do certificado individual.

16.2.2. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

16.2.3. O Contrato poderá estabelecer ainda que, no caso de capital segurado múltiplo salarial, o valor do capital segurado e dos prêmios poderá ser alterado segundo a variação do salário ou provento do Segurado Principal.

17. ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

- 17.1. Os Capitais Segurados serão estabelecidos na apólice e poderão ser alterados a qualquer momento, a pedido do Estipulante, desde que expressamente aceitos pela Seguradora.
- 17.2. Qualquer aumento de Capitais implicará em aumento automático dos prêmios, que será calculado de acordo com a variação do capital segurado e da taxa de seguro.
- 17.3. As alterações de Capitais e prêmios se aplicam a todos os Segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais é assegurada a aplicação do mesmo critério de revisão adotado para os Segurados ativos.
- 17.4. A alteração de Capitais e prêmios deverá ser submetida a anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, caso implique em ônus ou perda de direito pelos segurados, exceto quando da aplicação dos índices de atualização monetária e reenquadramentos previstos nestas condições gerais e nas condições contratuais.
- 17.5. As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não poderão conter cláusula de atualização de valores.

18. CRITÉRIO DE TAXA

- 18.1.** A taxa deste seguro será determinada de acordo com a idade média atuarial dos membros do grupo segurável, a taxa média e a respectiva idade média atuarial constarão da proposta de contratação e das condições contratuais.
- 18.2.** Anualmente no aniversário da apólice ou em periodicidade definida nas condições contratuais a seguradora poderá recalcular a taxa e alterar o faturamento dos prêmios se a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, ou seja, o volume de sinistros avisados superar o de prêmios arrecadados.
- 18.2.1.** Para realizar a alteração, a taxa prevista no item anterior deverá ser submetida a anuência prévia e expressa de pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo segurado, caso implique em ônus ou perda de direito pelos segurados, exceto quando da aplicação dos índices de atualização monetária e reenquadramento previstos nestas condições gerais e nas condições contratuais.

19. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 19.1.** As garantias deste seguro estão sujeitas ao período de carência e franquia definido nas condições especiais de cada garantia e no contrato.
- 19.2.** O período de carência será contado a partir do início de vigência individual e não poderá exceder metade do prazo de vigência do certificado individual.
- 19.3.** O limite máximo do prazo de carência será de dois anos.
- 19.4.** Não haverá carência para eventos decorrentes de Acidente Pessoal.
- 19.5.** O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.
- 19.6.** Não será reiniciada a contagem de novo período de carência para o(s) segurado(s) já incluído(s) no seguro pela apólice anterior nos casos de transferência do grupo segurado de outra seguradora e renovação de apólice.

20. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 20.1.** É de responsabilidade do Estipulante, salvo disposições em contrário previstas contratualmente a cobrança do prêmio individual e quitação nas apólices coletivas, nos prazos contratuais das respectivas faturas de seguro emitidas pela Seguradora.
- 20.2.** O pagamento da fatura até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se referir.
- 20.3.** Os critérios estabelecidos para a emissão das faturas e seus prazos para pagamento estão definidos no contrato.
- 20.4.** O pagamento poderá ser pago de forma única, mensal, trimestral, semestral ou fracionado de acordo com o estabelecido no contrato desta apólice.

- 20.5.** Qualquer indenização por força do presente contrato somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Segurado e/ou Estipulante, o que deve ser feito no máximo até a data limite prevista para este fim.
- 20.5.1.** Se o sinistro ocorrer dentro do prazo para pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.
- 20.5.2.** Na hipótese do não cumprimento da obrigação de pagamento do prêmio até a data limite prevista no subitem 20.2 acima, e havendo prêmio a ser pago por risco decorrido, a Seguradora fica autorizada, independentemente da ocorrência de sinistro, a efetuar a cobrança do prêmio em atraso.
- O prêmio devido será acrescido de multa de 2% e juros de 1% ao mês “pro-rata die”, até o efetivo pagamento.
- 20.6.** A data limite para pagamento do primeiro prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia da emissão da apólice, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento do prêmio.
- 20.7.** Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário. A sociedade seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao segurado ou se 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.
- 20.8.** A falta de pagamento da primeira parcela ou do prêmio à vista implicará o cancelamento da apólice.
- 20.9.** Fica vedado o cancelamento do contrato de seguro cujo prêmio tenha sido pago a vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o segurado deixar de pagar o financiamento.
- 20.10.** No caso da cobrança do prêmio se efetuar através de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado.
- 20.11.** Na cobrança de prêmio mediante carnê, a Seguradora deve providenciar para que o Segurado e/ou Estipulante receba o novo carnê de pagamento até 30 (trinta) dias antes do vencimento de sua primeira parcela.
- 20.11.1.** Caso o Segurado e/ou Estipulante não receba o novo carnê até o prazo estabelecido e desde que não tenha havido cancelamento da apólice, é seu direito efetuar o pagamento do prêmio mediante depósito bancário na conta indicada no carnê anterior, o que deve ser feito antes do início do novo período de cobertura.
- 20.12.** É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio de seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido.

20.13. Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.

20.14. Os prêmios poderão ser fracionados em parcelas, em número inferior ao de meses de vigência da apólice de seguro, não devendo a última parcela ter vencimento posterior ao término do seguro.

20.14.1. Em caso de parcelamento do prêmio, não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

20.14.2. Nos casos em que o pagamento do prêmio incluir uma parcela de juros, o Segurado poderá fazer a antecipação do pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

20.14.3. No caso da 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, devendo ser observada, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

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

20.14.3.1. Para os percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais correspondentes ao prazo imediatamente superiores.

20.14.3.2. A Seguradora é obrigada a informar ao Segurado, ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado.

20.14.3.3. Se a aplicação do disposto no subitem 20.14.3 não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a apólice de seguro será cancelada.

20.14.3.4. O prazo original da apólice ficará automaticamente restaurado caso seja restabelecido o pagamento do prêmio, dentro do prazo previsto no contrato, podendo a Seguradora cobrar os juros e multa conforme o item 20.5.2.

20.14.3.5. Concluído o prazo de vigência ajustada, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, a Seguradora poderá cancelar a apólice, ficando a Seguradora desobrigada de qualquer obrigação de pagamento de indenização securitária.

21. SUSPENSÃO DE COBERTURAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DE PRÊMIOS

21.1. Nos casos em que a data de vencimento da parcela do prêmio for anterior ao período de cobertura, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará a suspensão imediata e automática de todas as coberturas por até o prazo de 90 (noventa) dias a partir data do vencimento. Neste prazo, os Segurados ou seus beneficiários perderão o direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

21.2. Nos casos em que a data de vencimento da parcela do prêmio for dentro do período de cobertura ou posterior, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da parcela do prêmio conforme a lei permitir. Esta situação acarretará na suspensão imediata e automática de todas as coberturas por até o prazo de 90 (noventa) dias a partir da data do vencimento. Neste prazo, os Segurados ou seus beneficiários perderão o direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

21.2.1. O pagamento dos prêmios devidos nestas circunstâncias, será acrescido de multa de 2,0% e juros de 1,0% ao mês, a título de juros de mora.

22. REABILITAÇÃO DE COBERTURAS

Quando suspenso, o seguro, seja a apólice mestra, sejam as coberturas individuais, poderá ser reabilitado, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal subsequente ao atraso, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da referida parcela.

23. CANCELAMENTO DE COBERTURAS POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIOS

23.1. Não havendo o pagamento do prêmio devido no prazo de até 90 (noventa) dias, conforme o item 21, o seguro será cancelado automaticamente.

24. OBRIGAÇÃO DA SEGURADORA

24.1. Deve constar que a sociedade seguradora é obrigada a informar ao segurado a situação de adimplência do estipulante ou sub estipulante, sempre que solicitado.

25. ALTERAÇÃO E REAVALIAÇÃO DE TAXAS E VALORES DO CONTRATO

25.1. A taxa de prêmio do seguro será recalculada anualmente em função das alterações ocorridas no grupo segurado naquele período. A Seguradora se reserva o direito de recalcular o prêmio mensal antes da data prevista, caso venha a ocorrer alteração significativa no grupo segurado e que possa influir na taxa do seguro. As alterações previstas serão demonstradas por estudos técnico-atuariais elaborados por atuário.

25.2. Fica facultado à Seguradora, na eventualidade de desequilíbrio atuarial causado por aumento significativo da sinistralidade, comprovado por estudo técnico-atuarial, proceder às correções necessárias na taxa do seguro objetivando a recuperação do equilíbrio.

25.2.1. Na hipótese do item anterior, caso o Estipulante não concorde com a correção proposta pelo estudo técnico-atuarial, fica facultada à Seguradora proceder a não renovação da apólice no seu final de vigência.

25.3. Qualquer modificação do contrato em vigor, inclusive nas taxas do seguro, que implique em ônus ou deveres adicionais ou redução de direitos para os segurados dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

25.4. As novas taxas serão aplicadas, exclusivamente, às novas operações.

25.5. 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.

26. SINISTROS

26.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, este deverá ser, imediatamente, a ela comunicado, através do preenchimento e entrega do formulário denominado "Aviso de Sinistro" à Seguradora.

26.2. Fazer constar da comunicação escrita a data, a hora, o local, os valores e as causas possíveis, bem como todas as informações e esclarecimentos sobre as circunstâncias associadas ao evento.

26.3. O pagamento de qualquer capital segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos constantes nas condições especiais de cada garantia contratada, sem prejuízo de outros que se façam necessários dada a especificidade do caso concreto.

26.4. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nas condições especiais da garantia contratada, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 26.3 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

26.4.1. Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 26.3 e 26.4, a Seguradora pagará multa de 2% e juros de mora de 1,0% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

26.5. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o aviso de sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

26.6. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

- 26.7. A sociedade seguradora poderá solicitar cópia de atestados ou certidões de autoridades competentes, bem como o resultado de inquéritos ou processos instaurados (*a tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização*) em virtude do fato que produziu o sinistro, sem prejuízo do pagamento da indenização no prazo devido.
- 26.8. O plano só poderá prever a solicitação de outros documentos além daqueles contratualmente previstos para a habilitação ao recebimento da indenização em caso de dúvida fundada e justificável.
- 26.9. Reconhecida a invalidez laborativa pela sociedade 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 no contrato.
- 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.
- 26.10. Junta Médica
- 26.10.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora irá 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.
- 26.10.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.
- 26.10.3. 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.
- 26.11. Perícia da Seguradora
- 26.11.1. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência do evento nos termos destas Condições Gerais.
- 26.11.2. O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.
- 26.11.3. Comprovado algum tipo de irregularidade, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

26.11.4. Os atos ou providências que a seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado reclamado.

27. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

27.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários:

- a) Inexatidão ou omissão nas declarações do segurado durante o processo de contratação ou durante a vigência do seguro;**
- b) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;**
- c) fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências;**
- d) dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;**
- e) inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o segurado perderá o direito à garantia do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;**
- f) não fornecimento da documentação solicitada.**

27.1.1. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

27.2. No caso de inexatidão ou omissão nas declarações do segurado durante o processo de contratação ou durante a vigência do seguro, 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.**

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**

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

27.2.1. Sob pena de perder o direito à indenização, o segurado participará o sinistro à sociedade seguradora, tão logo tome conhecimento, e adotará as providências imediatas para minorar suas consequências.

28. BENEFICIÁRIOS

28.1. Indicação

O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

28.2. Alteração de Beneficiários

O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

28.2.1. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

28.3. Não havendo Beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.

28.4. Beneficiários dos Segurados Dependentes

Em caso de morte devidamente coberta do Segurado Dependente, quando tiver sido contratada a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos, o Beneficiário será o Segurado Principal. Para as demais coberturas oferecidas ao Segurado Dependente, o beneficiário será sempre o próprio Segurado Dependente.

28.5. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurados Dependentes, os capitais segurados referentes às coberturas do Segurado Dependente deverão ser pago aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais do Segurados.

29. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS

O Segurado se obriga a declarar na Proposta de Adesão a existência de quaisquer outros Seguros de Vida que possua.

30. MATERIAL DE DIVUGAÇÃO

A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições gerais e nota técnica atuarial submetidas à Susep, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

31. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

31.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e do Contrato, constituem, ainda, obrigações do estipulante:

I - fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;

II - manter a sociedade seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;

III - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

IV - repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

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

VI - 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;

VII - comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, pela via mais rápida ao seu alcance, sem prejuízo da comunicação escrita que deverá ser formalizada o mais rápido possível, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

VIII - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

IX - comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

X - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas dentro do prazo por ela especificado;

XI - informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do estipulante;e,

XII - dar ciência aos Segurados de todos os termos destas Condições Gerais, enviando-lhes cópia integral.

XIII - . Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º da Resolução CNSP nº 107/2004, quando este for de sua responsabilidade;

32. VEDAÇÕES DO ESTIPULANTE

É expressamente vedado ao estipulante e ao sub-estipulante, nos seguros contributários:

I. Cobrar dos segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela sociedade seguradora;

II. Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;

III. 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

IV. Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

33. DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

Desde que estabelecido no Contrato, ao final de cada vigência da apólice e depois de pagas todas as faturas do período será apurado o excedente técnico da apólice, destinando-se **um percentual** do resultado obtido ao Estipulante, ou, no caso de seguro contributivo, aos Segurados. O resultado ou excedente técnico é o excesso, porventura existente da receita sobre a despesa. Para fins da apuração do resultado técnico consideram-se no mínimo os itens abaixo estabelecidos. Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídas na apuração de excedente técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante.

33.1. Como Receita para fins de apuração dos resultados técnicos:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR) do período anterior;
- d) Recuperação de sinistros em resseguro.

33.2. Como Despesa para os mesmos fins:

- a) As comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) As comissões de administração (Pró-Labore) pagas durante o período;
- c) As comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) Valor total de sinistros ocorridos em qualquer época e avisados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- e) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR), considerando-se para tal um percentual sobre os prêmios ou sinistros de competência do período conforme acordado com o Estipulante;
- f) Saldo negativo dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- g) As despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante;
- h) Prêmios de resseguro;
- i) Os seguintes tributos: PIS, COFINS, CPMF, IR e CSLL;
- j) Despesas de Marketing;
- k) Valor total das despesas de desenvolvimento, confecção e envio de quaisquer materiais de a serem fornecidos aos segurados;
- l) Valor total das despesas com Assistências.

33.3. As Receitas e Despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

Processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38

- a) O respectivo dia de pagamento para Prêmio e Comissões;
- b) O dia do aviso à Seguradora, para os Sinistros;
- c) A data da última apuração, para os Saldos Negativos anteriores;
- d) As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

33.4. A apuração do resultado far-se-á após o término de vigência da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação.

34. TRIBUTOS

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

35. TOLERÂNCIA

A tolerância de uma das partes quanto ao descumprimento de qualquer obrigação pela outra parte não significará renúncia ao direito de exigir o cumprimento da obrigação, nem perdão, nem alteração do que foi aqui contratado.

36. MOEDA

Todos os prêmios, limites, franquias e outras importâncias especificadas nesta apólice estão expressas e deverão ser pagas em moeda corrente do Brasil.

37. ENCARGOS DE TRADUÇÃO

São indenizáveis, até o Limite da Importância Segurada estipulado no contrato, e obedecidos os exatos termos e condições da presente apólice de seguro, os eventuais encargos de tradução referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior.

38. FORO

Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso para dirimir quaisquer dúvidas que decorram da execução das presentes Condições Gerais, Cláusulas Suplementares e Especiais.

39. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

MORTE – M

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do segurado, devidamente coberta, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

3. CARÊNCIA

O período de carência desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento a data do falecimento do segurado.

5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

5.1. Na garantia de Morte do segurado principal, o mesmo poderá indicar, livremente e a qualquer tempo, os beneficiários que desejar, ressalvadas as restrições legais.

5.2. Caso não haja indicação dos beneficiários pelo segurado principal no ato da contratação do seguro, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago de acordo com o que estabelece a lei.

5.3. Na garantia dos segurados dependentes, quando contratada, o beneficiário do seguro será sempre o segurado principal e na falta deste, os herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;
- c) Cópia simples da certidão de óbito;

- d) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado atualizada;
- e) Cópia simples da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;
- f) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- g) Cópia autenticada do boletim de ocorrência policial quando a morte ocorrer na residência;
- h) Termo de Responsabilidade e Declaração de Herdeiros, assinados por todos os herdeiros e com firma reconhecida;
- i) Cópia simples dos laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o segurado sinistrado principal;
- j) Cópia simples da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);
- k) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);
- l) Cópia simples do laudo cadavérico do IML;
- m) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
- n) Cópia simples do laudo de exame toxicológico;
- o) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica;
- p) Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários;
- q) Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários;
- r) Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários;
- s) Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos;
- t) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

6.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

MORTE ACIDENTAL – MA

1. OBJETO DA GARANTIA

- 1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia, em caso de morte do segurado consequente, exclusivamente, de acidente pessoal coberto, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**
- 1.2. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2. DEFINIÇÕES

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. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

- 3.1. Além dos riscos excluídos constante nas condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não indenizados os eventos ocorridos em consequência:
 - a) De acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;
 - b) Das lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - c) De 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 ferimentos visíveis;
 - d) De intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
 - e) Das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

- f) Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;
- g) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) Da prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;
- i) Da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito na alínea h do item 7 das Condições Gerais.

Para esta garantia não há franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

6.1. Na garantia de Morte Acidental do segurado principal, o mesmo poderá indicar, livremente e a qualquer tempo, os beneficiários que desejar, ressalvadas as restrições legais.

6.2. Caso não haja indicação dos beneficiários pelo segurado principal no ato da contratação do seguro, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago de acordo com o que estabelece a lei.

6.3. Na garantia dos segurados dependentes, quando contratada, o beneficiário do seguro será sempre o segurado principal e na falta deste, os herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;
- c) Cópia simples da certidão de óbito;
- d) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado;

Processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38

- e) Cópia simples da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;
- f) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- g) Cópia da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);
- h) Termo de Responsabilidade e Declaração de Herdeiros, assinados por todos os herdeiros e com firma reconhecida;
- i) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);
- j) Cópia simples do laudo cadavérico do IML;
- k) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
- l) Cópia simples do laudo de exame toxicológico;
- m) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica;
- n) Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários;
- o) Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários;
- p) Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários;
- q) Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos;
- r) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – IFPD

1. OBJETO DA GARANTIA

- 1.1.** Garante ao segurado, a antecipação do capital segurado contratado para a garantia de morte, em caso de invalidez consequente de doença que resulte na invalidez funcional permanente total por doença, comprovada através de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas, **exceto se a doença for decorrente dos riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. São considerados Quadros Clínicos Incapacitantes, os provenientes **exclusivamente das seguintes doenças:**

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual grave, **decorrente de doença:**
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- i) Estados mórbidos dos membros/mão/pés, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

1.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza,

por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

1.4. A seguradora reserva-se no direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

1.5. No caso de discordância sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão de uma das doenças previstas no item 1.2, ou matéria médica não prevista expressamente neste seguro, **a seguradora irá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita**, uma junta médica composta de 3(três) médicos especialistas, sendo um indicado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados.

1.5.1. 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.

1.5.2. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

1.6. As despesas efetuadas com a comprovação da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constitui ato de reconhecimento da obrigação de pagamento de indenização do capital segurado contratado para esta garantia.

1.7. A garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença não se acumula com a garantia de Morte.

1.8. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez e o segurado será automaticamente excluído do seguro, com a conseqüente devolução de valores eventualmente pagos após a data da constatação da invalidez, devidamente atualizados conforme previsto nas condições gerais. Portanto, em caso de morte após a data da constatação da Invalidez Funcional Permanente por Doença, a indenização por Morte não é devida.

1.9. Esta garantia não é extensiva aos segurados dependentes.

2. DEFINIÇÕES

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença: é a invalidez que cause a perda da existência independente do segurado, caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônômicas do segurado.

Quadro Clínico Incapacitante: é o conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos para todas as garantias do seguro constante nas condições gerais, estão expressamente excluídos desta garantia, e, portanto, a seguradora não indenizará, os seguintes eventos ocorridos em consequência de:

- a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;
- c) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

4. CARÊNCIA

O período de carência desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento no caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a data indicada na declaração médica idônea aceita pela seguradora. A data da invalidez será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original do aviso de sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF do segurado sinistrado;
- c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- d) Cópia simples dos Exames Médicos da época da constatação da doença (informando o comprometimento funcional do segurado principal);
- e) Cópia do relatório do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi diagnosticada e detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônômicas do segurado;
- f) Cópia simples do Documento Médico que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença) incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível.

- g) Cópia simples da Declaração Médica indicando a data da invalidez que deverá constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no Quadro Clínico Incapacitante.

6.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - ILPD

1. OBJETIVO DA GARANTIA

- 1.1. Garante ao Segurado o pagamento do capital segurado contratado relativo a esta cobertura, em caso de invalidez laborativa permanente e total do Segurado, em consequência exclusivamente de doença, contraída durante a vigência da apólice e para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado, excluídos os eventos não cobertos constantes destas Condições Especiais e das Condições Gerais da apólice, além da legislação aplicável.
- 1.2. Após o pagamento do capital segurado, conforme previsto nestas Condições Especiais, esta cobertura será cancelada automaticamente, sendo deduzido o valor do prêmio correspondente e permanecendo em vigor a apólice com a(s) outra(s) cobertura(s) contratada(s).
- 1.3. Esta cobertura cessará automaticamente quando o(a) Segurado(a) completar 70 (setenta) anos de idade, sendo deduzido o valor do prêmio correspondente e permanecendo em vigor a apólice com a(s) outra(s) cobertura(s) contratada(s).

2. CONCEITO

- 2.1. Para fins de indenização desta cobertura é considerada como Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, exclusivamente para a atividade laborativa principal do Segurado.
- 2.1.1. Estão excluídas as doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, não declaradas na Proposta de Adesão, e que eram de conhecimento do Segurado no momento da contratação, inclusive as congênitas.
- 2.2. Entende-se por Atividade Laborativa principal aquela por meio da qual o Segurado obteve maior renda, com base na declaração anual de ajuste do imposto de renda ano base anterior ao ano em que foi caracterizada a invalidez.
- 2.3. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

2.4. Não podem figurar como Segurados, para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além das exclusões previstas na Cláusula 7 (Exclusões Gerais) das Condições Gerais, não estão cobertos os eventos gerados por doenças do trabalho ou profissionais, que não se enquadram nas definições desta cobertura e das Condições Gerais.

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

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data da caracterização da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença.

4.2. Considera-se como data do evento, para determinação do capital segurado, a data indicada na declaração médica que constate o quadro de invalidez acima conceituado.

4.3. O capital segurado desta cobertura está limitado a 100% (cem por cento) do capital da cobertura de morte.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

5.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original do aviso de sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF do segurado sinistrado;
- c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- d) Cópia dos Exames Médicos da época da constatação da doença (informando o comprometimento funcional do segurado principal);
- e) Cópia simples do relatório do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi diagnosticada e detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do segurado;
- f) Cópia simples do Documento Médico que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença) incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível.
- g) Cópia simples da Declaração Médica indicando a data da invalidez que deverá constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no Quadro Clínico Incapacitante.

Processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38

5.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

INCLUSÃO DE CÔNJUGE – IC

1. OBJETO DA GARANTIA

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

1.1.1. O cônjuge poderá, também, participar das demais garantias mediante solicitação do estipulante, e desde que sejam contratadas para o segurado principal.

1.2. Não poderá ser incluído no seguro, na qualidade de segurado dependente o cônjuge que participe na apólice na qualidade de segurado principal.

1.3. Não participará desta cláusula o cônjuge separado de fato do segurado.

2. DEFINIÇÕES

Cônjuge ou companheira (o): equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos segurados principais, desde que comprovada, documentalmente, a união estável entre ambos, de acordo com a legislação em vigor.

3. FORMAS DE CONTRATAÇÃO

3.1. Será estabelecido no contrato de seguro e poderá ser:

3.1.1. Facultativa: abrange os componentes que tiverem sua inclusão autorizada pelo segurado principal, cuja(s) garantia(s) seja(m) contratada(s) por conta e ordem do estipulante;

3.1.2. Automática: incluem-se todos os cônjuges dos segurados principais do grupo segurado, **exceto cônjuges ou companheiros que façam parte do mesmo grupo segurável do segurado principal ou aqueles que estejam separados de fato do segurado principal na data do sinistro.**

4. GARANTIAS

4.1. As garantias que poderão ser contratadas para o cônjuge serão estabelecidas na proposta de contratação e no contrato de seguro, desde que, contratadas para o segurado principal e obedecerão as mesmas disposições estabelecidas nas condições contratuais.

5. CESSAÇÃO DAS GARANTIAS

5.1. Ocorrerá a cessação desta garantia e cancelamento do seguro individual:

- a) Com o desaparecimento do vínculo existente entre o estipulante e o segurado principal;**
- b) Com a morte ou invalidez total e permanente por acidente do segurado principal;**
- c) Se for cancelada a respectiva cláusula de inclusão de cônjuge;**

- d) Se cessar a condição de dependente do segurado principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à seguradora;
- e) A pedido do segurado principal;
- f) Com a inclusão do dependente no seguro na condição de segurado principal.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

O período de carência e franquia desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro, seguindo os mesmos critérios aplicáveis ao titular do seguro.

7. CAPITAL SEGURADO

O capital de cada garantia será definido nas condições contratuais e o capital segurado do cônjuge não poderá ser superior 100%(cem por cento) do capital segurado do segurado principal na(s) respectiva(s) cláusula(s) contratada(s).

8. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O beneficiário e os documentos necessários para liquidação de sinistro serão definidos conforme cada garantia contratada.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

INCLUSÃO DE FILHOS – IF

1. OBJETO DA GARANTIA

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

1.1.1. O(s) filho(s) poderá, também, participar das demais garantias mediante solicitação do estipulante, e desde que sejam contratadas para o segurado principal.

1.2. Não poderá ser incluído no seguro, na qualidade de segurado dependente o(s) filho(s) que participe na apólice na qualidade de segurado principal.

1.3. Em caso de filhos menores de 14 anos, será garantido o reembolso de despesas com funeral, limitado ao capital segurado desta cobertura, definido no contrato de seguro, mediante apresentação de notas fiscais originais e nominais ao responsável pelo funeral.

1.4. Somente será incluído como segurado dependente o(s) filho(s), enteados e menores considerados dependentes do segurado principal e, desde que, no momento da contratação, estejam em perfeitas condições de saúde e com idade máxima de 21 (vinte e um) anos ou 24 (vinte e quatro) anos se universitário.

2. DEFINIÇÕES

Filho(s): equiparam-se aos filhos, os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do segurado, desde que comprovada, documentalmente.

3. FORMAS DE CONTRATAÇÃO

3.1. Será estabelecido no contrato de seguro e poderá ser:

3.1.1. Facultativa: abrange o(s) filho(s) dos segurados principais e/ou dos cônjuges segurados que assim o autorizarem, desde que esta garantia seja contratada por conta e ordem do estipulante;

3.1.2. Automática: abrange o(s) filho(s) de todos os segurados principais e/ou dos cônjuges segurados, desde que esta garantia seja contratada por conta e ordem do estipulante.

4. GARANTIAS

As garantias que poderão ser contratadas para o(s) filho(s) serão estabelecidas na proposta de contratação e no contrato de seguro, desde que, contratadas para o segurado principal e obedecerão as mesmas disposições estabelecidas nas condições contratuais.

5. CARÊNCIA E FRANQUIA

O período de carência e franquia desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro, seguindo os mesmos critérios aplicáveis ao titular do seguro.

6. CAPITAL SEGURADO

O capital de cada garantia será definido nas condições contratuais e o capital segurado do filho não poderá ser superior 100%(cem por cento) do capital segurado do segurado principal na(s) respectiva(s) cláusula(s) contratada(s).

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

O beneficiário e os documentos necessários para liquidação de sinistro serão definidos conforme cada garantia contratada.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

AUXÍLIO FUNERAL DEDUTÍVEL - AFD

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante a antecipação do capital segurado contratado para garantir o pagamento das despesas com funeral em caso de morte do segurado, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

- 1.2. A presente garantia somente poderá ser contratada em conjunto com a contratação da garantia de morte e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a garantia relativa à garantia de morte.
- 1.3. O pagamento da referida garantia será através de reembolso das despesas com funeral, mediante entrega de comprovantes originais das respectivas despesas, até o limite do capital segurado estabelecido no contrato de seguro.
- 1.4. O valor de indenização desta garantia será deduzido da importância a ser indenizada para a garantia de morte.
- 1.5. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2. DEFINIÇÕES

Auxílio Funeral: é o reembolso das despesas efetuadas com o sepultamento ou cremação, em caso de morte do segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não há prazo de carência ou franquia para esta garantia.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.
- 5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

- a) A data da morte.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

- 6.1. Na garantia Auxílio Funeral Dedutível do segurado principal e/ou dos segurados dependentes, o beneficiário será o responsável pelo pagamento das despesas, comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Nome e CPF do segurado sinistrado;
- c) Localidade e número de telefone pelo qual poderão ser encontrados os familiares do segurado;
- d) Comprovantes originais de pagamento das despesas com funeral.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

AUXÍLIO FUNERAL COMPLEMENTAR – AFC

1. OBJETO DA GARANTIA

- 1.1. Garante o reembolso das despesas com funeral, limitado ao valor do capital segurado contratado para esta garantia, na ocorrência de morte do segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**
- 1.2. O reembolso das despesas com funeral será pago mediante entrega de comprovantes originais das respectivas despesas, até o limite do capital segurado contratado para esta garantia.**
- 1.3. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.**

2. DEFINIÇÕES

Auxílio Funeral: é o reembolso das despesas efetuadas com o sepultamento ou cremação, em caso de morte do segurado.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não há prazo de carência ou franquia para esta garantia.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.**
- 5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:**
 - a) A data da morte.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

- 6.1. Na garantia Auxílio Funeral Complementar do segurado principal e/ou dos segurados dependentes, o beneficiário será o responsável pelo pagamento das despesas, comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.**

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:**

Processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Nome e CPF do segurado sinistrado;
- c) Localidade e número de telefone pelo qual poderão ser encontrados os familiares do segurado;
- d) Comprovantes originais de pagamento das despesas com funeral.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante ao segurado o pagamento de indenização proporcional ou integral do capital segurado contratado para esta garantia, sendo o valor do pagamento é definido após conclusão do tratamento ou esgotado os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e após constatada e avaliada a invalidez permanente, quando da alta médica definitiva, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela abaixo, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.1.1. Tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente:

Discriminação	% sobre capital segurado
Invalidez Total	
Perda total da visão de ambos os olhos.	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores.	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores.	100
Perda total do uso de ambas as mãos.	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior.	100
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés.	100
Perda total do uso de ambos os pés.	100

Alienação mental total e incurável.	100
Nefrectomia Bilateral.	100
Discriminação	% sobre capital segurado
Invalidez Parcial - Diversas	
Perda total da visão de um olho.	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver outra vista.	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos.	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos.	20
Mudez incurável.	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior.	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral.	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral.	25

Discriminação	% sobre capital segurado
Invalidez Parcial – Membros Superiores	
Perda total do uso de um dos membros superiores.	70
Perda total do uso de uma das mãos.	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros.	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares.	30
Anquilose total de um dos ombros.	25
Anquilose total de um dos cotovelos.	25
Anquilose total de um dos punhos.	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano.	25

Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano.	18
Perda total do uso da falange distal do polegar.	09
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.	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
Discriminação	% sobre capital segurado
Invalidez Parcial – Membros Inferiores	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do primeiro dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo encurtamento de um dos membros inferiores:	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10

de 3 (três) centímetros	6
menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	0

Discriminação	% sobre capital segurado
Diversas	
Mandíbula: Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
Em grau mínimo	10
Em grau médio	20
Em grau máximo	30
Nariz	
Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
Aparelho Visual: Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03

Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
Aparelho da Fonação	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Amputação Parcial da língua (menos de 50%)	15
Amputação Parcial da língua (mais de 50%)	30
Sistema Auditivo	
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16
Perda do baço	15
Aparelho Urinário: Perda de um rim	
Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50
Insuficiência renal	75

Discriminação	% sobre capital segurado
Diversas	
Aparelho Genital e Reprodutor	
Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50

Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10
Parede Abdominal	
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática (sem indenização)	00
Síndromes Psiquiátricas	
Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02
Pescoço	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
Tórax	
Aparelho Respiratório	
Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75
Mamas	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
Abdome (Órgãos e Visceras)	

Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
Intestino Delgado	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70

Discriminação	% sobre capital segurado
Diversas	
Intestino Grosso	
Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50
Reto e Ânus	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	07

1.2. A invalidez permanente deverá ser comprovada mediante apresentação à seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado se recuse.

- 1.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza, ou extensão de lesões, bem como avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora irá 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.
 - 1.3.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.
 - 1.3.2. 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.
- 1.4. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à porcentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da porcentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das porcentagens de 75%, 50% e 25%.
- 1.5. Nos casos não especificados na tabela do item 1.1.1, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.
- 1.6. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta garantia.
- 1.7. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder à da indenização prevista para a sua perda total.
- 1.8. 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.
- 1.9. A perda dos dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente por acidente.
- 1.10. A garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumula com as garantias Morte e Morte Acidental, quando contratadas. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da soma das indenizações por Morte e Morte Acidental será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.
- 1.11. Reconhecida a Invalidez Permanente e Total por Acidente, pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez e o segurado será automaticamente excluído do seguro, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após a data de reconhecimento da invalidez, devidamente atualizados conforme previsto nas condições gerais.

1.12. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

1.13. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2. DEFINIÇÕES

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. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; 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.

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: é o dano físico irreversível do segurado, decorrente da perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão, consequente de acidente pessoal coberto.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos constante nas condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não indenizados os eventos ocorridos em consequência:

- a) De acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;**
- b) Das lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- c) De 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 ferimentos visíveis;**
- d) De intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;**
- e) Das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;**
- f) Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;**

- g) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) Da prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;
- i) Da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito na alínea h do item 7 das Condições Gerais.

Para esta garantia não há franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

5.3. A reintegração do capital segurado, no caso de indenização de Invalidez Permanente Parcial, será automática após a ocorrência do sinistro, salvo se a invalidez decorrer direta ou indiretamente do mesmo sinistro.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

6.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

6.2. Na garantia Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente dos segurados dependentes, quando contratada, o beneficiário do seguro será o próprio segurado dependente.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;
- c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- d) Cópia da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);
- e) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);

Processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38

- f) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
- g) Cópia simples do laudo de exame toxicológico (se houver);
- h) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica (se houver);
- i) Original do RX das lesões e exames realizados;
- j) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE – IPTA

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante ao segurado o pagamento de indenização integral do capital segurado contratado para esta garantia, sendo o valor do pagamento é definido após conclusão do tratamento ou esgotado os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e após constatada e avaliada a invalidez permanente total, quando da alta médica definitiva, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela abaixo, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.1.1. Tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente:

Discriminação	% sobre capital segurado
Invalidez Total	
Perda total da visão de ambos os olhos.	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores.	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores.	100
Perda total do uso de ambas as mãos.	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior.	100
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés.	100

Perda total do uso de ambos os pés.	100
Alienação mental total e incurável.	100
Nefrectomia Bilateral.	100

- 1.2. A invalidez permanente deverá ser comprovada mediante apresentação à seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado se recuse.**
- 1.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza, ou extensão de lesões, bem como avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora irá 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.**
- 1.3.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.**
- 1.3.2. 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.**
- 1.4. A garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumula com as garantias Morte e Morte Acidental, quando contratadas. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da soma das indenizações por Morte, Morte Acidental será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente.**
- 1.5. Reconhecida a Invalidez Permanente e Total por Acidente, pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez e o segurado será automaticamente excluído do seguro, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após a data de reconhecimento da invalidez, devidamente atualizados conforme previsto nas condições gerais.**
- 1.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.**
- 1.7. 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.**
- 1.8. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.**

2. DEFINIÇÕES

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. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; 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.

Invalidez Permanente Total por Acidente: é o dano físico irreversível do segurado, decorrente da perda, redução ou impotência funcional definitiva total de membro ou órgão, conseqüente de acidente pessoal coberto.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos constante nas condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não indenizados os eventos ocorridos em consequência:

- a) De acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;
- b) Das lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- c) De 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 ferimentos visíveis;
- d) De intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;
- e) Das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- f) Das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;
- g) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) Da prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;
- i) Da prática de atos reconhecidamente perigosos que não sejam motivados por necessidade justificada, excetuando-se os casos que provierem da utilização de meios de transporte mais arriscados, de prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito na alínea h do item 7 das Condições Gerais.

Para esta garantia não há franquia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

6.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

6.2. Na garantia Invalidez Permanente Total por Acidente dos segurados dependentes, quando contratada, o beneficiário do seguro será o próprio segurado dependente.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;
- c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- d) Cópia da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);
- e) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);
- f) Cópia autenticada do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
- g) Cópia simples do laudo de exame toxicológico (se houver);
- h) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica (se houver);
- i) Original do RX das lesões e exames realizados;
- j) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE – DMHO

1. OBJETO DA GARANTIA

- 1.1. Garante ao segurado o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**
- 1.2. O valor da indenização prevista nesta garantia não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.
- 1.3. As despesas no exterior serão reembolsadas com base no câmbio oficial de venda na data do pagamento das mesmas pelo segurado, respeitado o limite do capital segurado para esta garantia, cujo valor será devidamente atualizado conforme previsto nas condições gerais.
- 1.4. Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.
- 1.5. A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.
- 1.6. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado se negue.
- 1.7. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2. DEFINIÇÕES

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. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; 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.

Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente: são as despesas médicas, hospitalares e Odontológicas, efetuadas pelo segurado, para seu tratamento sob orientação médica, exclusivamente em consequência de acidente pessoal coberto pelo seguro.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos constante nas condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não indenizados os eventos ocorridos em consequência:

- a) De acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;
- b) Estados de convalescença (após a alta hospitalar);
- c) Dietas especiais;
- d) Diárias e despesas de acompanhantes;
- e) Prótese de uso permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- f) Órteses de qualquer natureza.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

4.1. Não há Carência para esta garantia, exceto para o evento (suicídio) descrito na alínea h do item 7 das Condições Gerais.

4.2. A franquia para esta garantia será definido nas condições contratuais e não poderá ultrapassar o limite máximo de **30% (trinta)** por cento dos gastos efetuados pelo segurado - em função do evento coberto por esta garantia -, limitado ao capital individual contratado.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

5.3. A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

6.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

6.2. Na garantia para os segurados dependentes, quando contratada, o beneficiário do seguro será o próprio segurado dependente.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1.

Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;
- c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- d) Comprovantes Originais das despesas médicas, acompanhados do pedido médico;
- e) Discriminação das despesas hospitalares e serviços complementares com valores individualizados;
- f) Descrição dos materiais e medicamentos utilizados com os respectivos valores unitários e receituário médico;
- g) Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal o procedimento realizado.
- h) Cópia simples do pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados.
- i) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

DOENÇAS GRAVES - DG

1. OBJETO DA GARANTIA

- 1.1. Garante ao segurado o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia, em caso de diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas por este seguro constantes nestas condições, quando ocorrida e diagnosticada durante a vigência do seguro e após o período de carência, **exceto se a doença for decorrente dos riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

Considera-se a data do evento, a data do diagnóstico da doença devidamente comprovada.

1.1.1. Esta garantia cessará quando o segurado completar 70 (setenta) anos.

- 1.2. Estão cobertas, **única e exclusivamente**, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas. **Para efeito deste seguro, são consideradas doenças graves:**

1.2.1. DOENÇA NEOPLÁSICA MALÍGNA (CÂNCER OU TUMOR MALÍGNO)

Definição: É o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (metástases).

Riscos Cobertos:

Estão cobertos os portadores de neoplasia maligna com metástases à distância, devidamente comprovado através de exames complementares especializados. Estarão cobertos também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, pulmonares, da cavidade oral, do aparelho digestivo (esôfago, estômago e intestino), do pâncreas, leucemias agudas (mielóide e linfóide), sarcomas e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos como pulmão, fígado e medula óssea.

Riscos Excluídos:

a) As displasias, lesões pré-cancerígenas, os tumores benignos e qualquer tumor maligno de outros órgãos e aparelhos, que não os especificados no item 1.2.1. “Riscos Cobertos”, desta cláusula.

b) Para portadores do sexo feminino, exclui-se ainda: o carcinoma “in situ” (incluindo displasia cervical), neoplasias malignas primárias de pele na região das mamas, neoplasias não primárias do tecido mamário na região anatômica das mamas e neoplasias não primárias na região anatômica do útero.

1.2.2. DOENÇAS CARDIOLÓGICAS

Definição:

São as doenças do coração, incidente nos músculos, nas artérias e nas válvulas deste órgão.

Riscos Cobertos:

Estão cobertas as doenças cardiológicas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças valvulares ou musculares, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia cotoracotomia.

Estarão cobertas também as miocardiopatias classe funcional NYHA III e IV da New York Heart Association.

Riscos Excluídos:

Angioplastias transluminal coronariana e procedimentos intra-arteriais (procedimentos realizados no interior dos vasos sanguíneos arteriais objetivando sua desobstrução e restauração e restabelecimento do fluxo sanguíneo), como colocação de “stents”, as cirurgias para implantação de marca passo e as cirurgias de ablação.

1.2.3. DOENÇAS NEUROLÓGICAS

1.2.3.1. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Definição:

Isquemia cerebral (diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral) ou hemorragia intracraniana, resultante de problemas vasculares que produza destruição do tecido cerebral e sequela neurológica definitiva.

Processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38

Riscos Cobertos:

Estão cobertos os portadores de sequelas de AVC avaliados após 6 (seis) meses do evento, quando houver a persistência de paralisia total de pelo menos 2 (dois) membros ou distúrbios cognitivos graves, que necessitem de Curatela.

A avaliação deverá ser realizada por médico especialista em neurologia, comprovado com exames complementares de imagem (Tomografias, Ressonância Magnética, Angioressonância ou Doppler de Carótidas).

Riscos Excluídos:**Ataques isquêmicos transitórios (AIT);****1.2.3.2. DOENÇA DE ALZHEIMER****Definição:**

Doença de Alzheimer é uma doença neurológica degenerativa que geralmente se inicia com perda da memória e que pode evoluir para quadro demência grave.

Riscos cobertos

Estarão cobertas as doenças com quadro clínico comprovado e que apresentem distúrbios cognitivos.

1.2.3.3. DOENÇA DE PARKINSON**Definição:**

A Doença de Parkinson é uma moléstia de caráter progressivo de causa desconhecida com características motoras que incluem tremores em repouso, rigidez, lentidão de movimentos, alterações posturais e cognitivas.

Riscos cobertos

Estarão cobertas as doenças clinicamente comprovadas com alterações motoras e tremores em ambos os membros superiores bem estabelecidas.

1.2.3.4. ESCLEROSE LATERAL AMIOTROFICA (ELA)**Definição:**

A esclerose lateral amiotrófica - ELA é uma doença neurológica degenerativa que atinge o neurônio motor periférico e clinicamente se caracteriza com quadro de fraqueza progressiva, perda e atrofia muscular.

Riscos cobertos

Estarão cobertas as doenças clínica e laboratorialmente diagnosticadas.

1.2.4. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS VITAIS**Definição:**

Processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38

É a transferência de órgão vital de um indivíduo vivo ou morto ou uso de prótese artificial em decorrência da perda irreversível de sua função.

Risco coberto:

Estará coberto o segurado que necessitar do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos:

- a) Coração;
- b) Fígado;
- c) Medula óssea;
- d) Pâncreas;
- e) Pulmão;
- f) Rim.

1.2.5. INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Definição:

A Insuficiência Renal Crônica é uma doença que se caracteriza por perda progressiva e irreversível da função renal.

Riscos cobertos

Estarão cobertos os portadores de insuficiência renal crônica em programa de tratamento com diálise (hemodiálise ou diálise peritoneal)

- 1.3. Somente haverá garantia para a primeira doença manifestada e diagnosticada durante a vigência do seguro individual, desde que comunicadas à seguradora, não havendo, em hipótese alguma, acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.**
- 1.4. O pagamento de qualquer indenização decorrente da garantia de doenças graves significa o cancelamento imediato desta garantia, não havendo reintegração do capital segurado ou sua renovação em outros períodos de vigência, permanecendo vigente as demais garantias.**
- 1.5. Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento da ocorrência de uma das doenças previstas no item 1.2, a seguradora poderá realizar perícia médica no segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do Sinistro.**
 - 1.5.1. O segurado ou sua família deverão permitir e contribuir para que seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, forneçam as informações solicitadas pela Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.**

1.5.2. Os resultados apurados pela perícia realizada pela seguradora, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o segurado e seu médico assistente.

1.5.3. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da seguradora.

1.5.4. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão de uma das doenças previstas no item 1.2, ou matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a seguradora irá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, uma junta médica composta de 3 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados. 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. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

1.5.5. As despesas efetuadas com a comprovação da Doença Grave são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constitui ato de reconhecimento da obrigação de pagamento de indenização do capital segurado contratado para esta garantia.

1.5.6. Reconhecida a Doença Grave pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez, podendo o segurado se manter no plano, com as demais garantias contratadas.

1.5.7. O pagamento da indenização desta garantia, não é dedutível do capital segurado das demais garantias deste seguro.

1.6. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos para todas as garantias do seguro constante nas condições gerais, estão expressamente excluídos desta garantia os riscos descritos na cláusula 1.2 destas condições especiais.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

3.1. O período de carência será definido nas condições contratuais e não poderá ser superior a 50%(cinquenta por cento) da vigência individual do seguro.

3.1.1. Não ha carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

3.1.2. Não haverá franquia para esta garantia.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data da constatação da doença grave.

5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

5.1. Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

5.2. Na garantia para os segurados dependentes, quando contratada, o beneficiário do seguro será o próprio segurado dependente.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original do aviso de sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF do segurado sinistrado;
- c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- d) Cópia simples dos Exames Médicos da época da constatação da doença;
- e) Cópia do relatório do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi diagnosticada;
- f) Cópia simples do Documento Médico que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença) incluindo laudos e resultados de exames.

6.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

DOENÇAS CONGENITAS DE FILHOS – DCF

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante ao beneficiário o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia, em caso de doença congênita de filho(s) quando do seu nascimento, previstas nestas condições, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. Estão cobertas as seguintes doenças congênitas:

- a) Malformação do Sistema Nervoso Central e Periférico;
- b) Malformação do Coração (exceto comunicação intra atrial isolada) e de grandes vasos;
- c) Malformação da traquéia e dos pulmões;

- d) Malformação dos rins;
- e) Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;
- f) Malformação dos Membros Superiores e Inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;
- g) Malformação dos órgãos sensoriais, exclusivamente visão e audição; e,
- h) Anomalias cromossômicas (Síndrome de Down e Síndrome de Tumer).

1.3. O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta garantia, só será efetuado desde que a data de nascimento do filho ocorra durante o período de vigência desta garantia.

2. DEFINIÇÕES

Doença Congênita - consideram-se como doença congênita **aquelas que nascem com o indivíduo, resultante da má formação do organismo detectada no primeiro mês de vida, sejam qual for a sua causa.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos constante nas condições gerais para todas as garantias, esta expressamente excluída desta garantia o nascimento do filho natimorto (pessoa que nasce morta).

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

O período de carência desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro. Não haverá franquia para esta garantia.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do diagnóstico médico da doença congênita do filho recém nascido do segurado coberto nestas condições especiais.

5.2.1. Após o nascimento do filho do segurado a doença congênita deverá ser comprovada por médico habilitado.

5.3. A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

Para esta garantia o beneficiário será sempre o próprio segurado principal.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

Processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado principal;
- c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado principal;
- d) Cópia da certidão de nascimento do filho do segurado principal, portador da doença congênita;
- e) Declaração do médico assistente, atestando a doença congênita, indicando a data de seu início, causas, circunstâncias e evidências, acompanhados de exames laboratoriais e especializados, e laudos periciais que a comprovem;
- f) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. O segurado principal compromete-se a submeter o filho à perícia médica, se requerida pela seguradora.

7.3. A solicitação de documentos ou outras providências tomadas pela seguradora não caracterizam, por si só, obrigatoriedade de pagamento da indenização.

7.4. As despesas efetuadas com a comprovação da doença congênita de filho correrão por conta do segurado principal, excluídas as realizadas pela seguradora, a quem serão facultadas todas as medidas.

7.5. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO – PRD

1. OBJETO DA GARANTIA

- 1.1. Garante ao beneficiário o pagamento de uma indenização correspondente ao número de dias que o segurado permanecer desempregado, deduzida a franquia, em caso de desemprego involuntário do segurado principal quando empregado conforme as disposições da C.L.T. (Consolidação das Leis do trabalho), exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**
- 1.2. Para fins desta garantia entende-se desemprego involuntário a dispensa, por parte do empregador, desde que não motivada por justa causa.**
- 1.3. O segurado deverá comprovar que na data do desemprego, estava empregado formalmente e ininterruptamente no último empregador por um período mínimo, conforme definido em contrato e descrito na proposta de adesão, com uma jornada de trabalho mínima de 20 (vinte horas) semanais.**

1.4. Esta garantia não é extensiva aos segurados dependentes.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos constante nas condições gerais para todas as garantias, esta expressamente excluída desta garantia os eventos abaixo especificados:

- a) Jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
- b) Renúncia ou perda voluntária do trabalho;
- c) Trabalhos profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego ou funcionários que estejam afastados de sua função;
- d) Término de um contrato de trabalho por tempo determinado;
- e) Demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- f) Abandono de emprego;
- g) Programas de demissão voluntária, incentivados pelo empregador do Segurado;
- h) Estágios, e contratos de trabalho temporário em geral;
- i) Perda de um vínculo empregatício, quando houver mais do que um no mesmo período;
- j) Quando não houver registro formal de vínculo empregatício, comprovado junto ao empregador;
- k) Demissões ocorridas durante o período de carência, estabelecido em contrato.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

O período de carência será definido nas condições contratuais e não poderá ser superior a 50%(cinquenta por cento) da vigência individual do seguro.

O período de franquia para esta garantia será definido nas condições contratuais e não poderá ultrapassar o limite máximo de 30 (trinta) dias ininterruptos, sem prejuízo do cumprimento do prazo de Carência. A contagem do período de até 30 (trinta) dias se iniciará na data da perda de renda por desemprego involuntário.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

4.2. No contrato de seguro, será estabelecido o valor da diária segura, que, para efeito de indenização, deverá ser multiplicado pelo período de desemprego do segurado, observados a franquia e o limite máximo de diárias indenizáveis.

4.3. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data da baixa do contrato de trabalho do segurado.

4.4. O limite de diárias será estabelecido no contrato de seguro, respeitando o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independente da renovação da apólice.

4.5. O valor da diária segura e o limite máximo de diárias indenizáveis (quantidade segura de diárias), em conjunto, constituem o capital segurado desta garantia.

4.6. A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

Para esta garantia o beneficiário será sempre o próprio segurado principal.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado principal;
- c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado principal;
- d) Cópia simples da Carteira Profissional. Envio mensal da cópia autenticada das seguintes páginas: Qualificação civil, fotografia, contrato de trabalho, página anterior e posterior ao contrato de trabalho;;
- e) Termo de Rescisão Contratual;
- f) Homologação do contrato de trabalho no TRT ou Sindicato (cópia autenticada frente e verso);
- g) Carta do Empregador atestando o motivo da rescisão;
- h) Cópia simples da Comunicação de Dispensa – CD (via marrom), devidamente protocolada pelo Posto de Atendimento do Seguro Desemprego;

6.2. A solicitação de documentos ou outras providências tomadas pela seguradora não caracterizam, por si só, obrigatoriedade de pagamento da indenização.

6.3. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE E/OU DOENÇA – DIT

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante ao segurado o pagamento de diária de incapacidade temporária, limitado ao número de diárias e o valor de cada diária, estabelecidos no contrato de seguro. O risco coberto desta garantia ocorre quando ficar caracterizada a impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado principal no exercício da profissão ou ocupação.

A incapacidade do segurado poderá ser causada por acidente pessoal e/ou doença devidamente coberta, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, **exceto se decorrentes de**

riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.

Caso o segurado seja profissional liberal ou autônomo, deve possuir comprovação de renda e atividade, observado o limite do capital segurado contratado por evento.

- 1.2. A garantia de Diárias por Incapacidade Temporária destina-se, única e exclusivamente, a auxiliar na recomposição dos ganhos mensais do segurado afastado e não tem, consequentemente, qualquer vinculação com indenizações que, eventualmente, se tornem devida por força das demais garantias previstas na apólice.**
- 1.3. Caso o segurado venha a falecer, seja por morte acidental, seja por morte natural, extingue-se, imediatamente, a presente garantia, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir da data do óbito.**
- 1.4. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da incapacidade e/ou avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, caso o segurado a tanto se negue.**
- 1.5. Caso o segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, ficará automaticamente extinta a presente garantia, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir da data da invalidez.**
- 1.6. Esta garantia não é extensiva aos segurados dependentes.**

2. DEFINIÇÕES

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. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; 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.

Diárias por Incapacidade Temporária: é caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer qualquer atividade relacionada à sua profissão ou ocupação, causada por acidente ou doença, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observado o limite do capital segurado contratado por evento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 4.1. O período de carência para esta garantia será definido nas condições contratuais.**

Processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38

4.1.1. Não ha carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

4.2. O período de franquia para esta garantia será definido nas condições contratuais e não poderá ultrapassar o limite máximo de 15(quinze) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do segurado, por determinação médica.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.1.1. No contrato de seguro, será estabelecido o valor da diária segura, que, para efeito de indenização, deverá ser multiplicado pelo período de internação, observados a franquia e o limite máximo de diárias indenizáveis.

5.2. A cobertura de diárias por incapacidade é devida a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro, observado o limite contratual máximo por evento fixado nas condições gerais e especiais.

5.3. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento o primeiro dia do afastamento do segurado das atividades laborativas por ele exercidas.

5.4. O limite de diárias será estabelecido no contrato de seguro, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da apólice.

5.5. O valor da diária segura e o limite máximo de diárias indenizáveis (quantidade segura de diárias), em conjunto, constituem o capital segurado desta garantia.

5.6. A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a)** Formulário original de Aviso de Sinistro;
- b)** Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;
- c)** Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- d)** Relatório médico informando o motivo do afastamento do segurado com o respectivo número do CID;
- e)** Cópia simples da Comunicação do Resultado do Exame Médico – CREM;
- f)** Exames médicos comprobatórios da lesão / doença;
- g)** Declaração do médico e/ou hospital constando o período de afastamento;

Processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38

- h) Cópia simples do Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT (para o caso de acidente na empresa);
- i) Cópia simples da Ficha de Registro de Empregados – FRE.
- j) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário;
- k) Carta de concessão do auxílio doença do INSS;
- l) Quando autônomo: comprovação de atividade autônomo dos últimos 12 meses.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE E/OU DOENÇA – DIH

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso da sua internação hospitalar decorrente de acidente ou doença em caráter estritamente emergencial, **entendem-se como tal todas as internações que não sejam eletivas**, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2. DEFINIÇÕES

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. Incluem-se ainda nesse conceito de acidente pessoal: o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor; os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente pessoal coberto; os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; 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.

Não se incluem no conceito de acidente pessoal: as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames,

tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares 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; e as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no conceito de Acidente Pessoal acima.

Internação Hospitalar: é a internação em hospital em período superior a 24(vinte e quatro) horas, comprovada por meio de notas fiscais, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico, declaração do hospital onde ocorreu a internação ou qualquer instrumento legal de cobrança.

Unidade de Terapia Intensiva UTI: unidades complexas dotadas de sistema de monitorização contínua que admitem pacientes potencialmente graves ou com descompensação de um ou mais sistemas orgânicos e que com o suporte e tratamento intensivos tenham possibilidade de se recuperar.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos constante das condições gerais para todas as garantias, estão expressamente excluídos desta garantia, e não serão indenizados os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- b) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- c) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;
- d) Internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras;
- e) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- f) Epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;
- g) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anátomo-patológica ou exames complementares;
- h) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);
- i) Doenças e acidentes preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes sofridos pelo Segurado antes da contratação do seguro;
- j) Diálises, hemodiálises;
- k) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico.
- l) Internações domiciliares (Home Care);

Processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38

- m) Internações decorrentes de doenças de características reconhecidamente progressivas, crônicas ou degenerativas tais como: Mal de Alzheimer, fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, degeneração muscular progressiva (DMP), síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas e outras doenças de caráter crônico;
- n) Internações decorrentes de acidentes ocorridos ou doenças manifestadas fora do período de garantia ou vigência da apólice.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

4.1. O período de carência para esta garantia será definido nas condições contratuais.

4.1.1. Não ha carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

4.2. O período de franquia para esta garantia será definido nas condições contratuais e não poderá ultrapassar o limite máximo de 07(sete) dias ininterruptos por evento, e será contado a partir da data de internação do segurado, por determinação médica.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

5.1.1. No contrato de seguro, será estabelecido o valor da diária segura, que, para efeito de indenização, deverá ser multiplicado pelo período de internação, observados a franquia e o limite máximo de diárias indenizáveis.

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento a data de internação do segurado.

5.3. O valor da diária segura e o limite máximo de diárias indenizáveis (quantidade segura de diárias), em conjunto, constituem o capital segurado desta garantia.

5.4. A reintegração do capital segurado para esta garantia será automática após a ocorrência do sinistro coberto, sem cobrança de prêmio adicional.

5.5. O limite de diárias será estabelecido no contrato de seguro, respeitado o máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento, independentemente de renovação da apólice.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

Para esta garantia o beneficiário será o próprio segurado principal.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado sinistrado;

- c) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- d) Cópia simples do CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou)
- e) Laudos e exames médicos pertinentes à doença ou lesões que vitimaram o segurado sinistrado principal;
- f) Laudo de Levantamento do Local de Acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
- g) Laudo do exame toxicológico;
- h) Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- i) Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
- j) Nota Fiscal/Fatura Originais do Hospital com o Recibo de Quitação, se houver;
- k) Resultado do exame de dosagem alcoólica;
- l) Cópia autenticada do Comunicado de Acidente de Trabalho – CAT (para o caso de acidente na empresa);
- m) Cópia da Ficha de Registro de Empregados – FRE.
- n) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

VERBAS RESCISÓRIAS – VR

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia a título de verbas rescisórias, em caso de morte do segurado principal devidamente coberta. Exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.

1.2. Esta garantia não é extensiva aos segurados dependentes.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

O período de carência e franquia desta garantia será estabelecido nas condições contratuais do seguro, seguindo os mesmos critérios aplicáveis ao titular do seguro.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

- a) A data do acidente, no caso de morte acidental ou invalidez total decorrente de acidente pessoal;
- b) A data da morte, no caso de morte natural;
- c) A data indicada na declaração médica idônea aceita pela seguradora, no caso de invalidez funcional permanente decorrente de doença; e
- d) A data da constatação da doença, no caso de doenças graves.

5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

5.1. O beneficiário desta garantia será sempre o estipulante.

5.1.1. O estipulante a qualquer tempo e desde que o faça por escrito a seguradora anteriormente ao pagamento da indenização poderá abrir mão da indenização a favor do(s) beneficiário(s) "herdeiros legais" ou designados pelo segurado.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

Documentos gerais para todos os casos:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;
- c) Cópia simples da certidão de óbito;
- d) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado;
- e) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- f) Cópia simples do RG e CPF dos procuradores da empresa;
- g) Cópia simples do contrato social;
- h) Cópia completa da Ficha de Registro do segurado e suas atualizações;
- i) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

Processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38

No caso de Morte Acidental ou Invalidez Permanente Total por Acidente, além dos documentos gerais:

- a) Cópia simples da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);
- b) Cópia simples da declaração pública de três testemunhas informando quantos e quais são os herdeiros do segurado (se houver);
- c) Cópia simples do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);
- d) Cópia simples do laudo cadavérico do IML;
- e) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
- f) Cópia simples do laudo de exame toxicológico;

No caso de Doença Grave, além dos documentos gerais:

- a) Cópia simples dos Exames Médicos da época da constatação da doença;
- b) Cópia simples do relatório do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi diagnosticada;
- c) Cópia simples do Documento Médico que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença) incluindo laudos e resultados de exames.

No caso de Invalidez Funcional Permanente por Doença, além dos documentos gerais::

- a) Cópia simples dos Exames Médicos da época da constatação da doença (informando o comprometimento funcional do segurado principal);
- b) Cópia simples do relatório do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi diagnosticada e detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do segurado;
- c) Cópia simples do Documento Médico que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença) incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível;
- d) Cópia simples da Declaração Médica indicando a data da invalidez que deverá constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre no Quadro Clínico Incapacitante.

6.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

ADIANTAMENTO DO CAPITAL SEGURADO EM CASO DE DOENÇA TERMINAL – ACDT

1. OBJETO DA GARANTIA

- 1.1. Garantir ao Segurado um adiantamento de um percentual fixo a ser estipulado no contrato, relativo ao capital segurado na cobertura de Morte (M), caso o segurado se torne um “doente em fase terminal” e que o estágio de sua doença esteja devidamente enquadrado e certificado por médicos especializados, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**
- 1.2. É considerado “doente em fase terminal” o segurado cujo quadro clínico caracterize um estado de saúde gravíssimo, de comprometimento sistêmico crítico, sem qualquer possibilidade de recuperação com o recursos médico-terapêuticos disponíveis e para o qual seus médicos assistentes não admitam qualquer possibilidade e/ou esperança de reversibilidade, sendo o segurado considerado, desta forma, fora dos limites normais de sobrevivência.
- 1.3. Esta garantia é extensiva aos segurados dependentes, se assim definido nas condições contratuais do seguro.

2. ADIANTAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

- 2.1. Caso o segurado venha a se tornar um “doente em fase terminal”, o adiantamento do capital será realizado:
 - a) ao próprio segurado, desde que esteja em pleno gozo de sua capacidade civil e física;
 - b) ao representante legal do segurado, regularmente decretado por juízo competente, quando o segurado não estiver em pleno gozo de sua capacidade civil e física.
- 2.2. Para fins da presente garantia entende-se por capacidade civil aquela definida no Código Civil Brasileiro e, por capacidade física, a faculdade do Segurado para, de próprio punho, firmar na forma escrita o recibo de pagamento do adiantamento do capital segurado, ou de indicar representante legal para fazê-lo.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

4. CARÊNCIA E FRANQUIA

O período de carência será definido nas condições contratuais e não poderá ser superior a 50% (cinquenta por cento) da vigência individual do seguro. Não haverá franquia para esta garantia.

5. CAPITAL SEGURADO

- 5.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

Processo SUSEP nº 15414.901147/2014-38

5.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data atestada pelo médico devidamente autorizado pela seguradora.

6. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

6.1. Conforme item 2 (dois) desta Condição Especial.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;
- c) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado;
- d) Cópia autenticada da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;
- e) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- f) Cópia autenticada da declaração pública de três testemunhas informando quantos e quais são os herdeiros do segurado (se houver);
- g) Cópia simples dos laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o segurado sinistrado principal;
- h) Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários;
- i) Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários;
- j) Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários;
- k) Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos;

7.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.

DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA FEMININA - DCMF

1. OBJETIVO

1.1. Garantir à própria Segurada, em vida, indenização, de acordo com o valor contratado, em caso de primeiro diagnostico positivo de câncer de mama feminina.

Considera-se a data do evento, a data do primeiro diagnostico da doença devidamente comprovada.

1.2. Conceito de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino coberto:

Entende-se por câncer de mama as lesões neoplásicas que afetam a(s) mama(s) feminina(s) em toda a sua extensão regional ou que dela decorram afetando outras regiões do organismo (metástases), em qualquer estágio evolutivo, desde que, certificadas e comprovadas como malignas, através de métodos complementares de diagnóstico de certeza.

1.3. Esta cláusula prevê uma única indenização, que será concedida em função do diagnóstico coberto de neoplasia maligna de mama, independente do número de lesões diagnosticadas e de mamas atingidas.

2. GRUPO SEGURÁVEL

2.1. Todas as componentes que se enquadrem nas condições de Segurabilidade descritas no item 4 posterior, que mantenham vínculo direto com o Estipulante.

2.2. Também serão aceitas proponentes que sejam cônjuges e/ou companheiras da pessoa que mantenha vínculo direto com o Estipulante, neste caso, desde que esta última se responsabilize pelo pagamento dos prêmios mensais.

2.3. Mediante prévio acordo expresso entre Estipulante e Seguradora, poderão ser incluídas no seguro familiares da Segurada Principal, ou da pessoa que mantenha o vínculo direto com o Estipulante, tais como filhas, enteadas e mães, desde que se enquadrem nas condições de segurabilidade constantes do item 4 posterior e que a pessoa que mantenha o vínculo direto com o Estipulante se responsabiliza pelo pagamento dos prêmios mensais.

3. GRUPO SEGURADO

É constituído pelas componentes do grupo segurável efetivamente incluídas aceitas no seguro e cuja cobertura esteja em vigor.

4. CONDIÇÕES DE SEGURABILIDADE

4.1. Podem participar do seguro todas as componentes que, na data de inclusão no seguro, estejam em boas condições de saúde, possuam idade até o limite especificado no contrato e preencham de próprio punho a proposta e respectiva Declaração Pessoal de Saúde.

4.2. A quota relativa a eventuais elevações individuais e espontâneas de capital segurado, para a cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino, submete-se às condições firmadas no item anterior, bem como à carência estabelecida no item 7 posterior.

5. RISCOS COBERTOS

5.1. Cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino: Garante à própria segurada, em vida, a antecipação de até 100% do capital segurado contratado especificamente para esta cobertura, que é integralmente dedutível da cobertura Morte, em caso de diagnóstico positivo de câncer de mama feminino.

5.2. Habilitação da cobertura: Entende-se por certificação de malignidade os resultados das análises anatomo e histopatológicas, obtidas através de biópsia ou de qualquer outro meio intervencionista que capacite tal confirmação diagnóstica sobre lesões identificadas como primárias ou metastáticas desta patologia.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Além dos riscos excluídos da cobertura Morte, bem como de todas as coberturas desse seguro, descritos no item 7 das Condições Gerais de Vida em Grupo, estão excluídos do presente seguros eventos ocorridos em consequência de:

- a) doenças e manifestações clínicas de qualquer espécie afetando a mama masculina;
- b) doença de qualquer espécie que afete a(s) mama(s) supranumerária(s);
- c) quaisquer outras doenças da mama não incluídas no conceito de “câncer de mama”, inclusas as lesões pré-malignas, em qualquer estágio de evolução;
- d) quaisquer manifestações clínicas, benignas ou malignas, manifestas sobre e/ou na mama feminina que não as incluídas como dependentes e relacionadas à doença descrita sob o conceito de “câncer de mama”;
- e) doenças, mesmo que as incluídas no conceito de “câncer de mama”, que se manifestem como consequência de complicações, degenerações ou seqüelas ocorridas em mulheres expostas à tratamentos cirúrgicos com fins estéticos, redutores ou mesmo reconstrutores, mesmo que prescritos e/ou realizados por médicos, em qualquer tempo, na mama feminina.
- f) Uso intencional ou não de drogas, produtos químicos, entorpecentes, produtos farmacológicos ou de substâncias tóxicas comprovadamente reconhecidas como cancerígenas, mesmo que sob prescrição médica;
- g) Manuseio e exposição a material nuclear para quaisquer fim, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como, contaminação radioativa ou exposição à radiações nucleares ou ionizantes, inclusive para fins terapêuticos.

7. CARÊNCIA E FRANQUIA

7.1. Há carência de 3 (três) meses para a cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino, durante os quais a Segurada não poderá exigir qualquer indenização da Seguradora, em caso de diagnóstico positivo de doença. Não haverá franquia para esta garantia.

8. AVISO DE SINISTRO E DOCUMENTOS ESPECÍFICOS

- a) formulário de aviso de sinistro específico, devidamente preenchido;
- b) exames de imagem (ultra-sonografia, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e/ou outros exames assemelhados);
- c) resultado de exame anatomopatológico e de estudo histopatológico;
- d) relatórios médicos que datem da época do diagnóstico;
- e) relatório médico descrevendo: tipo de neoplasia, estadiamento, características do estágio evolutivo atual da doença neoplásica;
- f) Entende-se por confirmação da doença a data da firmação do primeiro diagnóstico;
- g) Entende-se por época do diagnóstico todo o período desde o início dos primeiros exames até a sua firmação.
- h) Além desses documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de duvida fundada e justificável.

9. PERÍCIA/JUNTA MÉDICA

- a. A seguradora reserva-se o direito de solicitar quando entender conveniente, a realização de perícia médica na segurada.
- b. 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, desempatador, 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.
- c. **Seguradora e Segurada abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.**

10. BENEFICIÁRIA

Será a própria segurada no caso de Cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino.

11. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL

- a. Os capitais segurados pela Cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino e pela Cobertura Morte não se acumulam.
- b. Os capitais antecipados pela Cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino é integralmente dedutíveis do capital da cobertura Morte e não sofrem reintegração.
- c. Uma vez pago o adiantamento da Cobertura Especial por Diagnóstico de Câncer de Mama a Segurada é excluída desta cobertura, podendo permanecer na apólice com o saldo do capital remanescente garantido exclusivamente pela Cobertura Morte.

12. PRÊMIOS INDIVIDUAIS DO SEGURO

- a. Na hipótese de configuração da doença e concretização do pagamento da indenização, conforme previsto no subitem 11.3 anterior, o prêmio relativo a cobertura Especial por Diagnóstico de Câncer de Mama será proporcionalmente reduzido, em função da exclusão da Segurada dessa cobertura.
- b. Na hipótese de haver constatação do diagnóstico de câncer de mama feminino durante o período de carência estipulado no item 7 anterior, a Seguradora devolverá os prêmios individuais pagos pela Segurada, corrigidos conforme legislação em vigor, e excluirá a segurada da apólice.
- c. Na hipótese de haver constatação de preexistência do diagnóstico de câncer de mama feminino, a segurada será excluída da apólice sem direito a devolução dos prêmios pagos.

13. DUPLICIDADE DE COBERTURAS

Uma segurada não poderá estar coberta por mais de uma vez pela Cláusula Especial de Cobertura para Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino.

- a. Em caso de duplicidade de coberturas a seguradora considerará a Segurada garantida pela primeira proposta que tiver sido aceita e que esteja vigente, devolvendo os prêmios pagos em duplicidade, corrigidos conforme legislação em vigor.

14. 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.

15. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta Garantia.

AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO – AA

1. OBJETO DA GARANTIA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia a título de auxílio alimentação, em caso de morte do segurado principal, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às demais cláusulas destas condições especiais e das condições gerais.**

1.2. Esta garantia não é extensiva aos segurados dependentes.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Os riscos excluídos para esta garantia são os riscos excluídos constante nas condições gerais.

3. CARÊNCIA E FRANQUIA

Não há prazo de carência ou franquia para esta garantia.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Os capitais segurados serão definidos na forma estabelecida no contrato de seguro.

4.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado principal.

5. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

5.1. Na garantia de Auxílio Alimentação do segurado principal, o mesmo poderá indicar, livremente e a qualquer tempo, os beneficiários que desejar, ressalvadas as restrições legais.

5.2. Caso não haja indicação dos beneficiários pelo segurado principal no ato da contratação do seguro, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago de acordo com o que estabelece a lei.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. Documentos necessários para liquidação de sinistros:

- a) Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro devidamente preenchido;
- b) Cópia simples do RG e CPF – segurado;
- c) Cópia simples da certidão de óbito;

- d) Cópia simples da certidão de nascimento do segurado solteiro ou de casamento do segurado casado atualizada;
- e) Cópia autenticada da declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas;
- f) Cópia simples do comprovante de endereço do segurado sinistrado;
- g) Cópia simples do boletim de ocorrência policial quando a morte ocorrer na residência;
- h) Termo de Responsabilidade e Declaração de Herdeiros, assinados por todos os herdeiros e com firma reconhecida;
- i) Cópia simples dos laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o segurado sinistrado principal;
- j) Cópia simples da CNH do segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido o condutor em acidente automobilístico que o vitimou);
- k) Cópia autenticada do CAT – Comunicado de Acidente do Trabalho (para acidente na empresa);
- l) Cópia simples do laudo cadavérico do IML;
- m) Cópia simples do laudo de levantamento do local de acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver);
- n) Cópia simples do laudo de exame toxicológico;
- o) Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica;
- p) Cópia simples do RG e CPF dos beneficiários;
- q) Cópia simples do comprovante de endereço dos beneficiários;
- r) Cópia simples das certidões de nascimentos dos beneficiários;
- s) Cópia simples das certidões de óbitos dos beneficiários falecidos;
- t) Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário.

6.2. Além destes documentos a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

7. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se todos os demais termos das Condições Gerais que não tenham sido alterados ou revogados pela presente Garantia.