



**SANCOR SEGUROS
PESSOAS COLETIVO
- FAIXA ETÁRIA**

CONDIÇÕES GERAIS

Versão 15.08.2013

Processo SUSEP No 15414.900147/2013-30

CNPJ 17.643.407/0001-30

As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br; de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

Sumário

CONDIÇÕES GERAIS.....	6
1 - GLOSSÁRIO	6
2 - OBJETIVO DO SEGURO.....	12
3 - GARANTIAS DO SEGURO (RISCOS COBERTOS).....	12
4 - RISCOS EXCLUÍDOS.....	12
5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	13
6 - CARÊNCIA E FRANQUIA.....	14
7 - GRUPO SEGURÁVEL.....	15
8 - GRUPO SEGURADO.....	16
9 - ACEITAÇÃO DO PLANO DE SEGURO E ADESÃO AO GRUPO SEGURADO.....	16
10 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	17
11 - ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO	19
12 - INCLUSÃO DE SEGURADOS.....	19
13 - ACEITAÇÃO DE SEGURADOS.....	19
14 - INÍCIO DA GARANTIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO.....	21
15 - DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S).....	21
16 - CUSTEIO DO SEGURO	22
17 - CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO E REENQUADRAMENTO.....	22
18 - PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO.....	23
19 - PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	23
20 - ALTERAÇÕES NO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	25
21 - CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.....	25
22 - ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.....	26
23 - ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES DECORRENTES DO CONTRATO DE SEGURO.....	26
24 - PROVA DO SEGURO.....	28
25 - CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO	28
26 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS.....	28
27 - RELAÇÃO DE DOCUMENTO PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	29
28 - PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	31
29 - CANCELAMENTO DO SEGURO.....	32
30 - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	33
31 - ESTIPULANTE - VÍNCULOS E OBRIGAÇÕES.....	33
32 - TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS.....	34
33 - CLÁUSULA SUPLEMENTAR.....	34
34 - FORO CONTRATUAL E ARBITRAGEM	34
35 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES AO PLANO DE SEGURO.....	35
36 - PRESCRIÇÃO.....	35
37 - RATIFICAÇÃO.....	35
CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE AUXÍLIO FUNERAL.....	35
1 - OBJETO DO SEGURO	35
2 - DEFINIÇÕES	36
3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	36
4 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	36
5 - CAPITAL SEGURADO.....	37
6 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	37
7 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	37
8 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO:.....	37
9 - CONCORRÊNCIA DE SEGUROS	37
10 - RATIFICAÇÃO.....	37
GARANTIA ESPECIAL- SEGURO MULHER (CÂNCER DE MAMA, OVÁRIO OU ÚTERO).....	38
1 - OBJETO DO SEGURO	38
2 - GLOSSÁRIO	38
3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	40
4 - RISCO COBERTO - COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER.....	40
5 - RISCOS EXCLUÍDOS.....	40
6 - CAPITAL SEGURADO.....	41
7 - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	41
8 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	41
9 - RATIFICAÇÃO.....	41
GARANTIA DE CESTA BÁSICA.....	42
1 - OBJETO DA COBERTURA	42
2 - CAPITAL SEGURADO.....	42
3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	42
4 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	42
5 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO:.....	42
6 - RATIFICAÇÃO.....	43

COBERTURA DE MORTE.....	43
1 - OBJETO DO SEGURO.....	43
2 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO.....	43
3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	43
4 - CAPITAL SEGURADO.....	44
5 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	44
6 - RATIFICAÇÃO.....	44
GARANTIA DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS.....	44
1 - OBJETO DA COBERTURA.....	44
2 - LIVRE ESCOLHA.....	44
3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	44
4 - FRANQUIA.....	45
5 - COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS.....	45
6 - OUTROS SEGUROS.....	45
7 - CAPITAL SEGURADO.....	45
8 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO.....	46
9 - RATIFICAÇÃO.....	46
GARANTIA DE DOENÇAS GRAVES.....	46
1 - OBJETO DA GARANTIA.....	46
2 - DEFINIÇÃO DAS COBERTURAS.....	46
I - DOENÇA NEOPLÁSICA MALIGNA (CÂNCER OU TUMOR MALIGNO).....	46
II - DOENÇAS CARDIOLÓGICAS.....	47
III - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC).....	47
IV - TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS VITAIS.....	47
3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	49
4 - CARÊNCIA.....	49
5 - CAPITAL SEGURADO.....	49
6 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	49
7 - DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO.....	49
8 - RATIFICAÇÃO.....	50
GARANTIA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL OU DOENÇA (DIH).....	50
1 - OBJETO DA GARANTIA.....	50
2 - RISCOS EXCLUÍDOS.....	51
3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	52
4 - VALOR DAS DIÁRIAS.....	52
5 - FRANQUIA.....	52
6 - CARÊNCIA.....	52
7 - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO.....	52
8 - CAPITAL SEGURADO.....	53
9 - PAGAMENTO DAS DIÁRIAS.....	54
10 - LIMITES.....	54
11 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO.....	54
12 - RATIFICAÇÃO.....	54
GARANTIA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (DIT).....	54
1 - OBJETO DA GARANTIA.....	54
2 - RISCOS EXCLUÍDOS.....	55
3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	55
4 - VALOR E PAGAMENTO DAS DIÁRIAS.....	55
5 - LIMITES.....	56
6 - FRANQUIA.....	56
7 - CARÊNCIA.....	56
8 - CAPITAL SEGURADO.....	56
9 - OCORRÊNCIA DE SINISTRO.....	56
10 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES.....	57
11 - TÉRMINO DA COBERTURA.....	57
12 - RATIFICAÇÃO.....	57
GARANTIA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA).....	57
1 - OBJETO DA GARANTIA.....	57
2 - VALOR E PAGAMENTO DAS DIÁRIAS.....	58
3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	58
4 - LIMITES.....	58
5 - FRANQUIA.....	58
6 - CAPITAL SEGURADO.....	59
7 - OCORRÊNCIA DE SINISTRO.....	59
8 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES.....	59
9 - TÉRMINO DA COBERTURA.....	59
10 - RATIFICAÇÃO.....	59
GARANTIA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE.....	60
1 - OBJETO DA GARANTIA.....	60

2 - RISCOS EXCLUÍDOS.....	60
3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	60
4 - LIVRE ESCOLHA.....	61
5 - CARÊNCIA.....	61
6 - FRANQUIA.....	61
7 - CAPITAL SEGURADO.....	61
8 - COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS.....	61
9 - OUTROS SEGUROS.....	62
10 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO.....	62
11 - RATIFICAÇÃO.....	62
GARANTIA SUPLEMENTAR DE CÔNJUGE.....	62
1 - OBJETO DA GARANTIA.....	62
2 - DEFINIÇÃO DE CÔNJUGE.....	62
3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	63
4 - COBERTURAS.....	63
5 - RISCOS EXCLUÍDOS.....	63
6 - CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO.....	64
7 - CAPITAL SEGURADO.....	64
8 - OCORRÊNCIA DE SINISTRO.....	64
9 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	64
10 - CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL.....	64
11 - RATIFICAÇÃO.....	65
GARANTIA SUPLEMENTAR DE FILHO (S).....	65
1 - OBJETO DA GARANTIA.....	65
2 - DEFINIÇÃO DE FILHOS.....	65
3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	65
4 - COBERTURAS.....	65
5 - RISCOS EXCLUÍDOS.....	66
6 - CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO.....	66
7 - CAPITAL SEGURADO.....	66
8 - OCORRÊNCIA DE SINISTRO.....	66
9 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	66
10 - CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL.....	66
11 - RATIFICAÇÃO.....	67
GARANTIA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD).....	67
1 - OBJETO DA GARANTIA.....	67
2 - GLOSSÁRIO.....	68
3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	70
4 - RISCO COBERTO.....	70
5 - RISCOS EXCLUÍDOS.....	72
6 - CAPITAL SEGURADO.....	73
7 - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	73
8 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	75
9 - RATIFICAÇÃO.....	75
ANEXO - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF.....	75
GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE.....	80
1 - OBJETO DA GARANTIA.....	80
2 - RISCOS EXCLUÍDOS.....	81
3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	81
4 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES.....	82
5 - CAPITAL SEGURADO.....	82
6 - REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO.....	82
7 - TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE.....	82
8 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO.....	87
9 - RATIFICAÇÃO.....	87
GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....	88
1 - OBJETO DA COBERTURA.....	88
2 - RISCOS COBERTOS.....	88
3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	89
4 - CAPITAL SEGURADO.....	89
5 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES.....	89
6 - OCORRÊNCIA DO SINISTRO.....	90
7 - RATIFICAÇÃO.....	90
GARANTIA DE INDENIZAÇÃO POR MORTE ACIDENTAL.....	90
1 - OBJETO DA GARANTIA.....	90
2 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS.....	91
3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	91
4 - CAPITAL SEGURADO.....	91
5 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES.....	91
6 - RATIFICAÇÃO.....	91

GARANTIA DE PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO - PIE	91
1 - OBJETO DO SEGURO	91
2 - CONDIÇÕES PARA A CONCESSÃO DA GARANTIA.....	92
3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	92
4 - RISCOS EXCLUÍDOS.....	92
5 - CAPITAL SEGURADO.....	93
6 - CARÊNCIA.....	93
7 - FRANQUIA.....	93
8 - OCORRÊNCIA DE SINISTRO.....	93
9 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	94
10 - TÉRMINO DA COBERTURA.....	94
11 - RATIFICAÇÃO.....	94
CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR	94
1 - OBJETO DO SEGURO	94
2 - DEFINIÇÕES	95
3 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	95
4 - CAPITAL SEGURADO.....	95
5 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	96
6 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	96
7 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO:.....	96
8 - CONCORRÊNCIA DE SEGUROS	96
9 - RATIFICAÇÃO.....	96
CONDIÇÕES ESPECIAIS	96
GARANTIA DE VERBAS RESCISÓRIAS	96
1 - OBJETO DO SEGURO.....	97
2 - RISCOS EXCLUÍDOS.....	97
3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	98
4 - FRANQUIAS/CARÊNCIA.....	98
5 - CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.....	98
6 - CESSAÇÃO DA COBERTURA.....	98
7 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO:.....	98
8 - RATIFICAÇÃO.....	100
CONDIÇÕES ESPECIAIS	100
GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE LABORATIVA.....	100
1 - OBJETO DO SEGURO	100
2 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA.....	101
3 - RISCOS EXCLUÍDOS.....	101
4 - CAPITAL SEGURADO.....	101
5 - CARÊNCIA E FRANQUIA.....	101
6 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO.....	101
7 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES.....	102
8 - TÉRMINO DA COBERTURA.....	102
9 - RATIFICAÇÃO.....	102
GARANTIA SUPLEMENTAR DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO	102
1 - OBJETO DO SEGURO	102
2 - APURAÇÃO DE RESULTADOS.....	102
3 - CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO.....	103
4 - RATIFICAÇÃO.....	104

CONDIÇÕES GERAIS

1 - GLOSSÁRIO

Para fins deste contrato de seguro, definir-se-á por:

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

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) 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 neste item.

1.2. Aditivo: Equivalente ao endosso é o termo utilizado para definir instrumento do contrato de plano de seguro utilizado para proceder a alterações na apólice.

1.3. Apólice: É o documento escrito, emitido pela Seguradora e assinado pelo seu representante legal, que instrumentaliza o contrato de seguro entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado, de modo indissolúvel, por estas Condições Gerais, pelo Contrato e pelas Condições Especiais que tiverem sido efetivamente estipuladas. A apólice prova a aceitação e o conteúdo do contrato de seguro por parte da Seguradora.

1.4. Assistido: beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado sob a forma de renda.

1.5. Ato Ilícito: Ação ou omissão voluntária, por negligência, por imprudência ou por imperícia que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

1.6. Atualização Monetária: É o mesmo que correção monetária, sendo neste plano aplicada: ao valor da indenização, que será atualizada da data do evento até a data do efetivo pagamento; e aos capitais segurados e prêmios, que serão atualizados anualmente; em conformidade com estas Condições Gerais.

1.7. Aviso de Sinistro: É a comunicação à Seguradora da ocorrência de evento coberto por este Seguro, conforme previsto na Apólice, Certificado Individual e/ou Contrato.

1.8. Beneficiário: É a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

1.9. Boa Fé: Princípio básico de qualquer contrato, principalmente no contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro. Neste conceito inclui-se a obrigação do segurado de prestar informações verdadeiras na proposta de adesão e durante a vigência de todo o contrato de seguro, declarando, também no decorrer da apólice, qualquer alteração no risco.

1.10. Caducidade do Seguro: É a anulação de sua cobertura em consequência de faltas ou infrações cometidas pelo Segurado, em descumprimento às condições da apólice ou às leis vigentes.

1.11. Capital Segurado: É a importância máxima estabelecida para cada garantia deste Seguro, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto.

1.12. Carregamento: Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

1.13. Certificado Individual: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

1.14. Coberturas de Risco: Coberturas do plano de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada.

1.15. Companheiro(a): Pessoa que se une a outra e que se apresente à Seguradora como se fosse legitimamente casado(a), formando uma entidade familiar.

1.16. Componentes Dependentes: São o cônjuge/companheiro(a), filhos, pais, irmãos, e os demais assim considerados pela legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, desde que não sejam seguráveis como Componentes Principais.

1.17. Componentes Principais: São as pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante.

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

1.19. Condições Especiais: São condições que especificam as diferentes modalidades de cobertura e garantias adicionais que podem existir dentro de um mesmo plano de seguro.

1.20. Condições Gerais: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem direitos e obrigações tanto da Seguradora quanto do Segurado, do Estipulante e dos Beneficiários deste seguro.

1.21. Consignante: pessoa jurídica responsável, exclusivamente pela efetivação de desconto em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondente, aos prêmios devidos pelos Segurados.

1.22. Contrato: Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano de seguro coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiário(s).

1.23. Corretor: É a pessoa física ou jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

1.24. Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: Declaração legal e formal, na qual o proponente presta as informações e declarações sobre o seu estado de saúde e de atividade profissional exercida, sob sua responsabilidade e sob as penas previstas no art. 766 do Código Civil Brasileiro, para avaliação do risco pela Seguradora.

1.25. Doenças Preexistentes: Doenças de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão.

1.26. Dolo: É toda espécie de artifício, engano ou manejo astucioso promovido por uma pessoa, com a intenção de induzir outrem à prática de um ato jurídico, em prejuízo deste e

proveito próprio ou de outrem, ou seja, é um ato de má-fé, fraudulento, visando a prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro.

1.27. Endosso: Documento através do qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.

1.28. Estipulante: É a pessoa jurídica, legalmente constituída, que contrata o Seguro, ficando responsável por representar os Segurados perante a Seguradora.

1.29. Evento Coberto: É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, descrito nas garantias e ocorrido durante a vigência do Seguro.

1.30. Fator de Cálculo: Resultado numérico, calculado mediante a utilização de taxa de juros e tábua biométrica, quando for o caso, utilizado para obtenção do valor do capital segurado pagável.

1.31. Formulário de Aviso de Sinistro: O documento pelo qual é formalizada a comunicação da ocorrência de um sinistro à Seguradora, devidamente assinada pelo solicitante:

1.32. Foro: Âmbito geográfico ou local de disputas judiciais, relativas à responsabilidade do Segurado e do Segurador, decorrentes ou de descumprimento de contrato de seguro.

1.33. Franquia: É um valor inicial do Capital Segurado ou um período em dias, pelo qual o Segurado fica responsável como Segurador de si próprio. Este valor ou número de dias estarão definidos no contrato.

1.34. Garantia: É a designação genérica dos riscos cobertos pelo seguro e assumidos pela Seguradora, nos termos destas Condições Gerais, sendo também este termo empregado como sinônimo de cobertura.

1.35. Grupo Segurado: É aquele constituído pelos Componentes do Grupo Segurável que foram incluídos neste Seguro.

1.36. Grupo Segurável: é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

1.37. Indenização: É o montante do Capital Segurado que a Seguradora efetivamente paga ao Segurado ou a seus Beneficiários em decorrência de um evento coberto por este Seguro.

1.38. Indexador: É o índice adotado para atualização monetária dos valores relativos a este plano de seguro, na forma estabelecida nestas Condições Gerais.

1.39. Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

1.40. Início de Vigência da Cobertura Individual: É a data a partir da qual a Seguradora assume a cobertura dos eventos previstos nestas Condições Gerais para cada Segurado.

1.41. Juros de Mora: É a multa contratual em face do pagamento do prêmio ou da indenização em atraso, estabelecida nos termos destas Condições Gerais.

1.42. Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da Medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da Medicina.

1.43. Migração da apólice: A transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

1.44. Nota Técnica Atuarial: Documento que contém a descrição e o equacionamento previamente à sua comercialização.

1.45. Nulidade: Defeito ou vício próprio do ato nulo, do ato que natimorto e, por isso, não tem qualquer valia jurídica. É, portanto, o ato, que não pode produzir qualquer espécie de efeito jurídico.

1.46. Parâmetros Técnicos: A taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

1.47. Partes Contratantes: São os Segurados, Estipulante e a Seguradora.

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

1.49. Plano de Seguro: É o conjunto de direitos e obrigações descritos nas Condições Gerais do seguro, em consonância como o disposto na respectiva Nota Técnica Atuarial. Os documentos que compõem um plano de seguro são: a Nota Técnica Atuarial e as Condições Contratuais.

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

1.51. Prêmio: É cada um dos pagamentos efetuados pelo Segurado e/ou Estipulante à Seguradora, para o custeio deste seguro. O pagamento em dia do prêmio integral ou das parcelas vencidas antes da ocorrência do sinistro é imprescindível para que o Segurado e/ou o Beneficiário possam fazer jus às garantias deste seguro.

1.52. Prêmio Comercial: Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

1.53. Prêmio Puro: Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de apólice, se houver.

1.54. Processo SUSEP: é o registro deste plano de seguro na SUSEP, porém não implica por

parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

1.55. Proponente: É a pessoa física, componente do Grupo Segurável, que propõe a sua adesão ao Seguro e que passará a condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

1.56. Proposta de Adesão: Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

1.57. Proposta de Contratação: É o documento mediante o qual o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações, conforme estabelecidos nestas Condições Gerais.

1.58. Provisão matemática de benefícios concedidos: Valor atual dos compromissos da Seguradora para com o Segurado ou Beneficiários durante o período de pagamento das indenizações em forma de renda.

1.59. Reabilitação do Seguro: É o restabelecimento das coberturas contratadas em função da aceitação da Seguradora, com o pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, desde que previsto nas condições do plano de seguro.

1.60. Regime Financeiro de Repartição Simples: A estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano de seguro, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

1.61. Regulação de Sinistro: É o exame, das suas causas e circunstâncias a fim de se caracterizar o risco ocorrido e, em face dessas verificações, se concluir sobre a cobertura, bem como se o Segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.

1.62. Reintegração do Capital Segurado: Recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.

1.63. Renda: Série de pagamentos periódicos a que tem direito o assistido (ou assistidos), de acordo com a estrutura do plano de seguro.

1.64. Riscos Excluídos: São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano de seguro.

1.65. Seguradora: É a Seguradora autorizada a operar no ramo de seguro de pessoas e/ou acidentes pessoais, a qual se responsabilizará pelas garantias deste plano de seguro.

1.66. Segurados: São os componentes do Grupo Segurado.

1.67. Seguro de pessoas: Os seguros que proveem cobertura a danos pessoais sofridos pelos Segurados, na forma regulada pela SUSEP.

1.68. Sinistro: Termo que define o acontecimento do evento previsto e coberto no contrato

de seguro.

1.69. Subestipulante: Pessoa física ou jurídica ligada por vínculo idôneo ao estipulante, exercendo, diante dos Segurados a ele vinculados direta ou indiretamente, os poderes de representação, nas mesmas condições do estipulante da apólice, e submetendo-se ao cumprimento de seus deveres e obrigações, atinentes aos contratos de seguros firmados.

2 - OBJETIVO DO SEGURO

2.1. O presente plano de seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), até o limite dos respectivos capitais segurados, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos nas garantias contratadas, observadas estas Condições Gerais, as Condições Especiais e o Contrato, expressamente convencionados.

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

3 - GARANTIAS DO SEGURO (RISCOS COBERTOS)

3.1. A(s) cobertura(s) oferecida(s) por este plano de seguro e contratada(s) pelo Estipulante encontra(m)-se disciplinada(s) na(s) Condições Especiais, que faz(em) parte integrante e complementar destas Condições Gerais.

3.2. Para caracterização deste plano em Seguro de Vida, deverá ser contratada obrigatoriamente a cobertura de Morte.

3.3. No caso da contratação da garantia de Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD), é obrigatória a contratação da Garantia de Morte.

3.4. No caso da contratação da garantia de Verbas Rescisórias, é obrigatória a contratação das Garantias de Morte e Indenização por Morte Acidental.

4 - RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos da cobertura deste Seguro, 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 a radiações nucleares ou ionizantes;

b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, golpe militar ou usurpação de poder, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar da prestação de serviço militar ou de atos de

humanidade em auxílio de outrem;

c) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto nos casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, de prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;

d) de lesões ou doenças preexistentes à contratação do plano de seguro, que sejam de conhecimento do Segurado na data de contratação do plano de seguro que não tenham sido declaradas pelo Segurado na proposta de adesão;

e) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

f) lesão intencionalmente auto infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado ocorrida nos primeiros 02 (dois) anos de seguro ou da sua recondução depois de suspenso;

g) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

g.1. nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão da alínea “g” acima aplica-se aos sócios controladores, aos seus dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e pelos respectivos representantes legais;

h) acidentes ocorridos antes da inclusão do Segurado no presente seguro, bem como suas consequências;

i) epidemias ou pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento em caráter coletivo.

4.2. Tendo em vista que este Contrato garante o pagamento de um Capital predeterminado em virtude da ocorrência de sinistros cobertos, de acordo com as coberturas contratadas, nenhuma indenização será devida diferente das previstas, ainda que decorrentes de eventos cobertos. Não estão garantidas indenizações para danos morais, danos estéticos, lucros cessantes, interrupção de renda, pagamento de pensão, perdas e danos, entre outras.

5 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. O âmbito geográfico das coberturas será todo globo terrestre, salvo disposição em contrário discriminada nas condições especiais.

5.2. Quando for o caso, eventuais encargos de tradução, referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

5.2.1. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-

se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

6 - CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. Carência

- Será aplicada carência para a garantia de Doenças Graves.

Para a garantia de Doenças Graves será adotado um período de Carência de 2 (dois) meses, contados a partir do início de vigência do Certificado individual.

- Será aplicada carência para a garantia de Seguro Mulher (Câncer de Mama, Ovário ou Útero).

Para a garantia de Seguro Mulher (Câncer de Mama, Ovário ou Útero) haverá carência de 60 dias.

6.1.1. Respeitado o que estabelece o subitem 6.1.3 destas Condições Gerais, a Seguradora poderá adotar carência para coberturas contratadas. Nestes casos estarão estabelecidas e expressas na proposta de adesão de cada risco individual, em período anterior ao início de vigência, e com prévia anuência do Segurado.

6.1.2. O período de carência, quando existir:

- deverá haver prévia e expressa anuência do Segurado;
- será de no máximo 02 (dois) anos;
- não excederá metade do prazo previsto na apólice e/ou no certificado individual do Segurado, exceto para o caso de suicídio o sua tentativa;
- estará fixado no contrato, na proposta de contratação, na proposta de adesão e no certificado individual do Segurado, com expressa menção nas Condições Gerais e na Nota Técnica Atuarial;
- iniciará concomitantemente com o início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspenso;
- não será reiniciado em caso de renovação da apólice ou em caso da migração de Segurados comprovadamente já incluídos anteriormente no plano de seguro pelo contrato anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

6.1.3. No caso de acidente pessoal não há aplicação de qualquer tipo de carência, exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa, quando o período de carência corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação ou adesão ao plano de seguro, ou da sua recondução depois de suspenso.

6.2. Franquia

- Será aplicada franquia para a garantia de Diárias por Internação Hospitalar por Acidente Pessoal ou por Doença.

Para a garantia de Diárias por Internação Hospitalar por Acidente Pessoal ou por Doença a Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º(décimo sexto) dia da data de internação, até o dia da sua volta à atividade laborativa, respeitando os limites estabelecidos no item 10.1. das respectivas condições especiais.

- Será aplicada franquia para a garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente e Diárias de Incapacidade Temporária por Doença.

Para as garantia de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente e Diárias de Incapacidade Temporária por Doença, a Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º(décimo sexto) dia do afastamento por doença ou do dia do acidente, até o dia da sua volta à atividade laborativa, respeitando os limites estabelecidos nos itens 4.1. e 5.1. das respectivas condições especiais

- Para a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas e Despesas Odontológicas, poderão ser aplicadas franquias dedutíveis de R\$ 200,00 e R\$ 500,00.

- Serão aplicadas franquias para a garantia de Perda Involuntária de Emprego de 15, 30 ou 60 dias.

7 - GRUPO SEGURÁVEL

7.1. São seguráveis:

a) Segurados Principais: aquelas pessoas que mantêm vínculo com o Estipulante;

b) Segurados Dependentes: os cônjuges/companheiras(os), filhos, enteados, e menores considerados dependentes do Segurado principal pela Legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social.

7.1.1. Os grupos seguráveis, tendo em vista a natureza do vínculo existente entre Segurados e Estipulante, serão classificados nas Condições Contratuais, como:

Classe “A”: Grupos constituídos exclusivamente por componentes de uma ou mais categorias específicas de empregados de um mesmo empregador, abrangendo empresas coligadas, controladas e subsidiárias integrais do Estipulante, de acordo com a lei das Sociedades Anônimas, bem como, os grupos constituídos por membros de associações que congreguem exclusivamente empregados de um mesmo empregador, ou de um grupo de empresas.

Classe “B”: Grupos constituídos exclusivamente por membros de associações legalmente constituídas, em que o sistema de pagamento de prêmio seja exclusivamente o de desconto

na folha de salários e, por entidades de classe em que haja seleção profissional, não se exigindo neste caso, necessariamente, o sistema de pagamento mediante desconto em folha.

Classe “C”: Grupos de pessoas vinculadas a pessoas jurídicas que admitam a estipulação de Seguros através de estatutos ou de decisão administrativa, incluindo-se os denominados grupos abertos, em que a vinculação do Segurado ao grupo se dê pela simples adesão ao respectivo grupo.

8 - GRUPO SEGURADO

8.1. É em qualquer época, o conjunto de componentes do Grupo Segurável, desde que aceitos e incluídos na Apólice, cuja(s) garantia(s) contratada(s) esteja(m) em vigor, observando-se as situações previstas nos itens 12 (Inclusão de Segurados) e 13 (Aceitação de Segurados) destas Condições Gerais.

9 - ACEITAÇÃO DO PLANO DE SEGURO E ADESÃO AO GRUPO SEGURADO

9.1. Recebida a Proposta de Contratação, assinada pelo estipulante e corretor de seguros, caso aceita, serão emitidas a Apólice e o Contrato, sendo a inclusão dos proponentes feita:

a) Através de mídia magnética, em layout e formato fornecido pela Seguradora ao Estipulante, contendo no mínimo, nome completo, data de nascimento, sexo, documento de identificação, valor do Capital Segurado e prêmio;

b) Deverá(ão) acompanhar a informação acima citada, a(s) respectiva(s) Proposta(s) de Adesão, devidamente preenchida(s) e assinada(s) pelo(s) proponente(s), constando cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais;

c) A referida proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco;

d) A Seguradora fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com identificação da data e hora de seu recebimento, e procederá a análise de aceitação ou recusa de acordo com o item 13 (Aceitação de Segurados) destas Condições Gerais;

e) Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma Apólice para outra, da mesma ou de outra Seguradora, devem ser mantidos no seguro os Segurados principais afastados do trabalho por doença ou acidente;

f) Para isto, o Estipulante deverá apresentar à Seguradora, para avaliação, antes da contratação do seguro, relação nominal contendo data de nascimento, Capital Segurado, data de afastamento e diagnóstico da doença ou motivo que provocou afastamento.

9.2. Após a implantação do seguro, o Estipulante deverá encaminhar mensalmente as movimentações (inclusão e exclusão de Segurados) à Seguradora com os respectivos dados

antes mencionados, inclusive as alterações de capitais, para análise de aceitação.

9.3. No caso de não aceitação da proposta de contratação a Seguradora, no prazo de 15 (quinze) dias, deverá comunicar por escrito o Estipulante informando que:

a) caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Neste caso, o proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa;

b) o valor devido será atualizado monetariamente pelo índice definido no item 23.1.1.1 destas Condições Gerais, a contar da data do pagamento até a data efetiva da restituição, de acordo com a legislação em vigor.

9.4. Qualquer alteração no contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou por corretor de seguros.

9.5. São documentos do presente seguro a proposta, a Apólice com os respectivos anexos e os documentos de cobrança devidamente quitados.

9.5.1. Qualquer alteração nesse documento 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.

9.6. Não é permitida a presunção de que a Seguradora possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem da proposta, Apólice e seus anexos, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma do item anterior.

9.7. Os portadores de deficiência não podem ser rejeitados no seguro pela razão única de serem deficientes.

9.8. É obrigatória a emissão e o envio do certificado individual pela sociedade seguradora no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes;

10 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

10.1. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24 horas da(s) data(s) definida(s) nas Condições Contratuais da Apólice inclusive os certificado de seguros e endossos correspondentes.

10.2. Seguradora providenciará a emissão da Apólice ou do endosso no prazo de 15(quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

10.3. As propostas de contratação que tenham sido recepcionadas, sem pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice.

10.4. Nos contratos de seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.

10.5. Na renovação da Apólice deverá ser observado o seguinte:

10.5.1. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique ônus ou deveres aos Segurados, ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo Segurado.

10.5.2. A Apólice poderá ser renovada automaticamente, uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas no item 29 (Cancelamento do Seguro) destas Condições Gerais.

10.5.2.1. A renovação automática a que se refere este item não se aplica aos Estipulantes ou à Seguradora que comunicarem desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final de vigência da Apólice.

10.5.3. Feita uma renovação automática, as renovações seguintes deverão ter anuência expressa do Estipulante/Segurado.

10.5.4. Após a primeira renovação automática, o Estipulante/Segurado, seu representante e/ou o corretor de seguros deverá enviar à Seguradora pedido de renovação até 60 (sessenta) dias antes do final da vigência deste seguro.

10.5.5. A Seguradora fornecerá ao proponente, seu representante e/ou o corretor de seguros, protocolo que identifique o pedido/proposta de renovação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

10.5.6. À proposta renovação aplicam-se os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados no item 9.(Aceitação do Plano de Seguro e Adesão ao Grupo Segurado) destas Condições Gerais.

10.6. Este seguro é por prazo determinado, tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do seu vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

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

11 - ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO

11.1. O índice de adesão é a relação entre o número de Segurados e o total de componentes do Grupo Segurável.

11.2. O índice mínimo de adesão para implantação e manutenção da Apólice será fixado em cada caso, através da Carta Oferta, na Proposta de Contratação e nas Condições Contratuais.

12 - INCLUSÃO DE SEGURADOS

12.1. A inclusão dos Segurados Principais far-se-á das seguintes formas:

- a) Automática: quando o seguro abrange todo o Grupo Segurável;
- b) Facultativa: quando o seguro abrange somente os Segurados Principais que autorizarem sua inclusão, ou, cuja cobertura seja contratada por conta e ordem do Estipulante.

13 - ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

13.1. Somente poderão ser incluídos no seguro pessoas pertencentes ao Grupo Segurável, que na data estabelecida para início de vigência do risco individual, estiverem:

- a) em plena atividade profissional/laborativa;
- b) em boas condições de saúde; e,
- c) tenham idade dentro dos limites estabelecidos nas Condições Contratuais da Apólice na data do início da vigência individual do Segurado;

13.2. A inclusão de cada proponente a Segurado no seguro far-se-á mediante ao preenchimento e assinatura da Proposta Adesão, contendo no mínimo além dos dados pessoais, CPF, na falta deste o RG ou outro documento oficial com validade no território nacional, declaração de conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais do seguro, bem como declaração ou prova de saúde e indicação de seu(s) Beneficiário(s).

13.2.1. A proposta Adesão será recepcionada pela Seguradora sob protocolo, com indicação da data e hora de seu recebimento e, com base na declaração prestada pelo Proponente, a Seguradora fará análise para aceitação ou recusa dos riscos individuais propostos.

13.2.2. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de subscrição, informação ao proponente ou ao Segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

13.2.2.1. A adoção pela Seguradora da faculdade prevista no item 13.2.2., implicará, obrigatoriamente, a inclusão na Proposta Adesão e no Certificado de Seguro, de alerta que a omissão do Segurado na comunicação desse fato à Seguradora poderá resultar na perda

do direito à garantia, se comprovado que silenciou de má-fé.

13.3. A Seguradora reserva-se o direito de exigir do Proponente exame(s) médico(s), diagnósticos ou relatórios médicos para avaliação do risco.

13.3.1. A negativa do Proponente em submeter-se ao(s) exame(s) implicará a recusa automática do risco.

13.3.2. Os proponentes portadores de deficiência devem ressaltar o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação de responsabilidade da Seguradora.

13.4. Recebida a Proposta de Adesão com todos os dados exigíveis do proponente, a seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a proposta, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

13.5. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da sociedade seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

13.6. O a solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação. A contagem do prazo voltará a correr às 24 horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

13.6.1. Os aposentados, desde que não o tenham sido por invalidez, podem ser incluídos no seguro, pagando eles próprios, ou o Estipulante, seus respectivos prêmios.

13.7. Segurados que se aposentarem, durante a vigência da apólice, e desde que não tenham sido beneficiados pela Garantia de Invalidez Permanente Total por Doença (IFPD) podem ser mantidos no seguro, sem redução de seu Capital Segurado, se assim desejarem, salvo se manifestarem ao contrário.

13.8. Somente podem ser incluídas no seguro as pessoas pertencentes ao Grupo Segurável que não estiverem afastados do trabalho na data fixada para início do respectivo risco individual, por motivo de doença ou acidente.

13.9. Os prêmios dos Segurados admitidos no início do seguro e posteriormente afastados para tratamento de saúde, em decorrência de doença, não havendo regras de suspensão de cobrança dos prêmios do seguro, serão recolhidos normalmente à Seguradora, sob pena de perder o direito a eventual indenização, caso assim não ocorra.

13.9.1. É vedado, ao Segurado afastado, toda e qualquer alteração de capital decorrente de aumento por promoção após seu afastamento.

13.10. Adotada a carência, ao Estipulante fica assegurado a prorrogação automática da

Apólice por período no mínimo correspondente à carência fixada, respeitada a prerrogativa de seu cancelamento pela Seguradora, nos termos do disposto no item 29. (Cancelamento do Seguro) destas Condições Gerais.

14 - INÍCIO DA GARANTIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO

14.1. O início de vigência do risco individual, desde que aceita a Proposta Adesão, conforme item 13 (Aceitação de Segurados) e subitens, será o estabelecido abaixo:

a) As apólices, os certificados e endossos terão seu início e término de vigência às 24 horas das datas para tal fim neles indicados;

b) Caso tenha sido recepcionado, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta adesão ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice;

c) Caso tenha sido recepcionado, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, desde que aceito, conforme item 13 (Aceitação de Segurados) e subitens, o início de vigência do risco individual será às 24 horas da data de recepção pela Seguradora.

14.2. No início de cada vigência individual do seguro, bem como nos aniversários subsequentes, a Seguradora providenciará a emissão do certificado de seguro, com os nomes dos Segurados e Dependentes, se for o caso, início e final de vigência do seguro, Capital Segurado e prêmio para cada garantia, entre outros.

15 - DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

15.1. É facultado ao Segurado indicar livremente o(s) Beneficiário(s).

15.2. Na falta de indicação de pessoa ou Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

15.2.1. Na falta das pessoas indicadas conforme 15.1 e 15.2 acima serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

15.2.2. A(o) companheira(o) será equiparada(o) à(ao) esposa(o), nos casos admitidos pela lei Civil, observando o disposto no artigo 793 do Código Civil Brasileiro.

15.3. É facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir o(s) seu(s) Beneficiário(s), mediante comunicação escrita à Seguradora, devidamente assinada e protocolada pela Seguradora, por intermédio do Estipulante, observado o artigo 791 do Código Civil Brasileiro.

15.3.1. A Seguradora que não for cientificada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

15.4. Qualquer mudança de Beneficiário(s), desde que respeitada a formalidade acima, entrará em vigor a partir da data em que for recebida pela Seguradora a comunicação, sob protocolo.

16 - CUSTEIO DO SEGURO

16.1. Para fins deste seguro e de acordo com a proposta de contratação, custeio pode ser:

a) Não Contributário (Instituído): É o seguro em que os Segurados não pagam prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento totalmente sobre o Estipulante. Neste seguro todos os componentes do Grupo Segurável serão incluídos na apólice, excetuando-se apenas as pessoas não aceitas no seguro ou impedidas de serem seguradas e aquelas que se manifestarem, por escrito, contra sua inclusão no seguro;

b) Contributário (Averbado): É o seguro em que os Segurados pagam prêmio, total ou parcialmente. Neste tipo de seguro serão incluídos na Apólice somente os componentes do Grupo Segurável que se manifestarem expressamente pela sua inclusão no seguro.

16.2. Seja qual for a modalidade de custeio, o Estipulante sempre será responsável pelo recolhimento e pela quitação de prêmio devidos, ficando o Segurado isento de qualquer compromisso junto à Seguradora.

16.2.1. Quando se tratar de seguro classe “B” ou “C” fica a critério da Seguradora, com a concordância do Segurado Principal, a cobrança através de carnê, ficha de compensação ou outro instrumento de cobrança, ficando o Segurado responsável pelo pagamento, conforme condições estabelecidas no item 19 e subitens.

17 - CRITÉRIO DA TAXA DO PRÊMIO E REENQUADRAMENTO

17.1. Este seguro prevê, além do aumento do prêmio produzido pela atualização monetária do capital segurado, o reenquadramento do prêmio por mudança de faixa- etária, de acordo o plano de seguro contratado.

17.2. Os percentuais de aumento serão indicados por cobertura nas respectivas Condições Especiais.

17.3. Em função das coberturas contratadas, a Seguradora fará constar da apólice o percentual de aumento, a ser aplicado ao prêmio anualmente, no mês posterior a data de aniversário do segurado, devido à mudança de faixa etária.

18 - PRÊMIO DO SEGURO, CÁLCULO E RECÁLCULO

18.1. A Seguradora poderá anualmente, no aniversário da apólice ou com a periodicidade definida nas Condições Contratuais, recalcular as taxas e alterar o faturamento dos prêmios mensais se a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, ou seja, o volume de sinistros pagos e avisados superar o de prêmios líquidos arrecadados.

18.2. Caso alteração de taxa prevista no item anterior implique ônus, dever aos segurados ou a redução de seus direitos deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos 75% (setenta e cinco por cento) do grupo Segurado, exceto quando da aplicação dos índices de atualização monetária e reenquadramento previstos nas Condições Gerais e Contratuais.

18.3. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

18.3.1. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado, incluindo os valores percentuais, constarão nas Condições contratuais e serão disponibilizados aos proponentes quando a adesão do seguro.

19 - PAGAMENTO DO PRÊMIO

19.1. A cobrança do prêmio à vista ou parcelada será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, do qual deverão constar, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor:

- a) nome do Segurado;
- b) valor do prêmio;
- c) data de emissão do documento de cobrança;
- d) número da apólice e/ou do certificado individual;
- e) data limite para o pagamento.

19.1.1. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 19.1 diretamente ao Estipulante ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5(cinco) dias úteis, em relação a data do respectivo vencimento.

19.2. O Segurado poderá optar se irá efetuar o pagamento do prêmio à vista ou de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual.

19.3. Caso o Segurado opte pelo pagamento dos prêmios de forma mensal, cada pagamento será correspondente a um mês de cobertura. Na hipótese de rescisão do presente contrato em que o Segurado pague os prêmios mensais, nenhuma devolução de prêmio será devida.

19.4. Caso o Segurado opte pelos prêmios anuais, cada pagamento será correspondente a um ano de cobertura.

19.5. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a Seguradora obrigada a manter o registro das datas das operações realizadas.

19.6. O pagamento do prêmio será feito à Seguradora através da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei.

19.6.1. Quando o pagamento for efetuado através da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o item 19.1 deverão constar do documento de cobrança o número da conta corrente da Seguradora, o nome e respectiva agência do banco recebedor e, se for o caso, a indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos.

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

19.8. A Seguradora providenciará aviso alertando a inadimplência, no prazo máximo de 10 (dez) dias contados da primeira parcela não paga.

19.9. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

19.10. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmios pagos pelo Segurado.

19.11. O(s) prêmio(s) do seguro pagos em atraso terá(ão) seu(s) valor(es) atualizado(s) monetariamente até a data do efetivo pagamento pelo índice indicado no subitem 23.1.1.1. destas Condições Gerais.

19.11.1. Sem prejuízo do item anterior incidirá(ão) ainda sobre, o(s) prêmio(s) de seguro referente(s) ao período em atraso, juros moratórios de 12%(doze por cento) ao ano, calculados pro-rata-die.

19.12. A falta de pagamento do prêmio, seja pelo não pagamento do carnê ou outro documento de cobrança, seja pela inexistência de saldo suficiente na conta corrente indicada na Proposta de Contratação para débito, por um período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, implicará o cancelamento automático do seguro, sendo o prazo da cobertura ajustado em função do prêmio efetivamente pago.

19.12.1. Neste período de Tolerância (60 dias) o segurado terá cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

19.13. A Seguradora poderá delegar ao Estipulante, sob sua exclusiva responsabilidade

perante os Segurados, a cobrança dos prêmios, ficando o Estipulante responsável pelo pagamento, nos prazos contratuais, das respectivas faturas ou documentos de cobrança emitidos pela Seguradora e apresentados através da rede bancária.

19.13.1. A delegação acima mencionada poderá ser revogada, a qualquer tempo, pela Seguradora, mediante notificação, por escrito, ao Estipulante.

19.13.2. Se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora os prêmios de Seguro Contributivo recebidos dos Segurados, tal fato não dará direito ao cancelamento da apólice das garantias dos Segurados que tenham efetuado o pagamento, por ferir os direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita, sujeita às cominações legais.

19.13.3. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora.

19.13.4. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar nos documentos de cobrança o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

19.13.5. Quando a forma de cobrança for a de desconto ou de consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício ou mediante pedido do Segurado Principal, por escrito.

19.13.6. Os prêmios cobrados através de desconto ou consignação na folha de pagamento, não sendo o empregador o Estipulante do seguro, deverão ser recolhidos diretamente à Seguradora, mediante fatura ou documento de cobrança por ele apresentado, através da rede bancária. Nos Seguros que se enquadrarem nesta condição, poderão ser aplicadas a critério exclusivo da Seguradora, as disposições dos subitens 19.13 e 19.13.1 acima.

20 - ALTERAÇÕES NO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

20.1. Qualquer modificação da Apólice ou das taxas em vigor, que impliquem ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerão da anuência expressa de três quartos dos Segurados pertencentes ao Grupo Segurado, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro e nas normas de seguros de pessoas.

20.2. Qualquer alteração de taxas no seguro, ainda que o plano preveja cláusula de reavaliação de taxas, por implicar ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

21 - CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

21.1. Para fins deste seguro, Capital Segurado é a importância máxima a ser paga ou reembolsada em função do valor estabelecido para a Garantia contratada, vigente na data

do evento.

21.2. A caracterização da data do evento estará enunciada em cada uma das garantias contratadas, de acordo com as cláusulas de cobertura.

21.3. Nos planos coletivos, para cada grupo pode haver uma ou mais classes de Capitais Segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos, tais como idade, salário, etc.

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

21.5. A Seguradora pode recusar, ou aceitar sob restrições ou sob Condições Especiais, o Capital Segurado que ultrapassar o seu respectivo limite de retenção, calculado nos termos da regulamentação específica.

21.5.1. A aceitação pela Seguradora de estabelecimento de Capital Segurado superior ao respectivo limite de retenção, acarretará, obrigatoriamente, na observância de referido valor para efeito de pagamento da indenização nas Condições Contratuais, independentemente das penalidades cabíveis no case de não repasse do valor excedente ao referido limite.

22 - ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

22.1. O capital segurado, e por consequência o respectivo prêmio, serão atualizados monetariamente a cada 12 (doze) meses, com base na variação acumulada do índice indicado no subitem 23.1.1.1. durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 2º (segundo) mês anterior ao da atualização anual.

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

23 - ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES DECORRENTES DO CONTRATO DE SEGURO

23.1. Pagamento de Atualização Monetária e Juros Moratórios

O pagamento de valores relativo 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.

23.1.1. Alterações no seguro durante a vigência

23.1.1.1. Atualização Monetária: Para efeito da atualização monetária será utilizado o Índice de Preço ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

- IPCA/IBGE.

23.1.1.2. Na falta, extinção ou proibição do uso do Índice definido, a atualização monetária terá por base o Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) ou índice que vier a substituí-lo.

23.1.1.3. A atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

23.1.2. Juros de Mora

23.1.2.1. A título de juros de mora será utilizado o percentual de 12% (doze por cento) ao ano.

23.2. Devolução de valores relativos à Pagamento de Prêmio

23.2.1. Os valores devidos a título de devolução de prêmio sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido acima, a partir da data em que se tornarem exigíveis:

a) No caso de cancelamento do contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora;

b) No caso de recebimento indevido de prêmio: a partir da data de recebimento do prêmio;

c) No caso de recusa da Proposta de Contratação ou Proposta Adesão: a partir da data de formalização da recusa.

23.2.2. Atualização de outras Obrigações Pecuniária: data de exigibilidade e cálculo

a) Os demais valores, das obrigações pecuniárias da Seguradora, incluindo as indenizações e pagamentos dos prêmios, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido acima, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a partir da data de exigibilidade. A critério da Seguradora, a atualização poderá ser aplicada a partir da data de exigibilidade, mesmo que a obrigação tenha sido paga dentro do prazo previsto. Considera-se data de exigibilidade a data de ocorrência do evento.

b) Aplicação de Mora: Quando o prazo de qualquer obrigação pecuniária supera o prazo fixado nestas Condições Contratuais/Especificação da Apólice, os valores acrescidos serão de juros moratórios, com a taxa acima indicada, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato.

23.3. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a

data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

24 - PROVA DO SEGURO

24.1. Fazem parte deste contrato de seguro, os seguintes documentos:

- a) Certificado Individual;
- b) Instrumento/documentação de cobrança;
- c) Manual do Segurado, contendo as Condições Gerais e Condições Especiais Condições Contratuais.

24.2. Deve ser incluída no Certificado Individual informação de que cada Segurado, a qualquer tempo, poderá expressamente designar ou substituir os Beneficiários do Seguro.

25 - CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

25.1. As Garantias de qualquer Segurado cessarão:

- a) com a morte do Segurado;
- b) automaticamente, com o cancelamento da Apólice;
- c) automaticamente, na data em que houver o desaparecimento de vínculo entre o Segurado e o Estipulante, salvo nos casos de aposentadoria verificados por “Tempo de Serviço” e desde que o Segurado manifeste o desejo de continuar no seguro, assumindo ele próprio o custo total do prêmio, sendo ainda imprescindível a expressa concordância do Estipulante sobre a questão, para que a Seguradora formalize a alteração;
- d) por solicitação escrita do Segurado ao Estipulante, de que o mesmo não deseja continuar no seguro;
- e) quando o Segurado deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

26 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS

26.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá(ão) o(s) Beneficiário(s), informar imediatamente o sinistro e comprovar satisfatoriamente sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados no item 27 (Relação de Documento para Liquidação de Sinistro), bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

26.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento do Capital Segurado devido pelo presente contrato de seguro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação que comprove a ocorrência de sinistro coberto pela apólice e os

prejuízos indenizáveis.

26.3. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos no item 27 (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares, neste caso, o prazo mencionado no subitem 26.2 será suspenso e voltará a correr a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos.

26.3.1. Não respeitado o prazo previsto no subitem 26.2 os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária conforme definido no item 23. (Atualização das Obrigações Decorrentes do Contrato de Seguro), aplicados a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento.

26.4. O pagamento será feito por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominativo, pagável no domicílio ou praça indicada pelo(s) Beneficiário(s) ou Segurado, no aviso de sinistro.

26.5. As despesas efetuadas com comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do interessado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

26.6. O pagamento da indenização poderá ser realizado sob a forma de parcela única ou em parcelas mensais, conforme descrito nas condições especiais de cada cobertura.

27 - RELAÇÃO DE DOCUMENTO PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

27.1. Os documentos básicos, necessários para liquidação de sinistro, que deverão ser encaminhados à Seguradora, são os abaixo indicados, sendo que em caso de cópia deverão ser autenticadas:

27.1.1. Para Cobertura de Morte

27.1.1.1. Formulário

a) Aviso de sinistro

27.1.2. Documentos do Segurado

27.1.2.1. Em caso de morte natural o(s) Baneficiário(s) deverá(ão) providenciar os seguintes documentos:

a) Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

b) Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;

c) Cópia da carteira de identidade, do CPF e do comprovante de residência do Segurado;

- d) Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida;
- e) Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado;
- f) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- g) Ficha de registro do Empregado;
- h) Radiografias do Segurado (quando houver);
- i) Guia de Internação (quando houver).

27.1.2.2. Em caso de ocorrência de evento por acidente, incluir os seguintes documentos:

- a) Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- b) Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- c) Laudo de Dosagem alcoólica e/ou Toxicológico;
- d) Cópia do Boletim de Ocorrência ou certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- e) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

27.1.3. Documentos do(s) Beneficiário(s)

- a) Cópia da carteira de identidade, do CPF e do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), quando maior(es) de 18(dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos;
- b) Cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário(s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe;
- c) Cópia do termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es).
- d) Em caso de Companheiro(a), além dos documentos indicados no subitem 27.1.3., letra “a”, providenciar cópia da célula de identidade, da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou Declaração de duas testemunhas de que o Segurado vivia maritalmente, especificando data, e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.

27.2. Toda responsabilidade de pagamento das indenizações oriunda deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora nenhuma relação se estabelecendo neste sentido com o Estipulante.

27.3. No caso de divergências e dúvidas de natureza médicas relacionadas ao objeto do seguro, sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da

incapacidade ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente na Apólice será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita ao Segurado no prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica com 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

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

27.3.2. Cada uma das partes arcará com os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

28 - PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

28.1. Conforme o estabelecido no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

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

I - na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

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

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

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

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

28.3. O Segurado também perderá o direito ao pagamento do Capital Segurado com base no presente seguro, caso haja por parte dele, seus representantes ou seu(s) Beneficiários:

a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro; e

b) agravamento intencional do risco objeto do contrato, conforme previsto no Código Civil Brasileiro;

28.4. Caso ocorra incidente suscetível de agravar o risco coberto, o Segurado, através do Estipulante, de imediato, deverá comunicar o fato, por escrito à Seguradora, sob pena de perder o direito à garantia, se ficar comprovado que silenciou de má-fé, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro:

28.5. 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.

28.5.1. O cancelamento só será eficaz trinta dias após a notificação, devendo ser restituída pela Seguradora a diferença de prêmio, se houver.

29 - CANCELAMENTO DO SEGURO

29.1. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, o seguro estará cancelado, independentemente de notificação ou interpelação judicial, e sem que caiba indenização à parte infratora, preservados os direitos do Segurado, nas seguintes situações:

a) O Estipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;

b) Ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Estipulante, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro;

c) Extinção do Estipulante como pessoa jurídica ou sua inabilitação determinada por órgão competente, a que este estiver vinculada;

d) Morte do Estipulante no caso de este ser Pessoa Física.

29.2. Além das situações mencionadas anteriormente, o seguro estará cancelado:

a) No caso de seguro não contributivo, em qualquer época, por mútuo e expresse consenso da Seguradora e do Estipulante, havendo anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, mediante aviso prévio de no mínimo 30(trinta) dias;

b) No caso seguro contributivo, ressalvadas as hipóteses previstas nos subitens 29.1 somente poderá ser cancelado quando expirar o prazo de sua validade, ou antes disso, se houver mútuo e expresse consenso do Estipulante, Segurados Principais e Seguradora e havendo anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

29.3. O pagamento pelo Estipulante ou por Segurado(s) de qualquer valor à Seguradora após a data do cancelamento não implica a reabilitação do seguro, nem gera qualquer efeito, ficando a disposição do(s) mesmo(s) a(s) importância(s) paga(s).

29.4. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

29.5. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

30 - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

31 - ESTIPULANTE - VÍNCULOS E OBRIGAÇÕES

31.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais.

31.2. Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente.

31.3. Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro.

31.4. Repassar ao Segurado todas as comunicações ou aviso inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração.

31.5. Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao plano de seguro, emitidos para o Segurado.

31.6. Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.

31.7. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistro.

31.8. Comunicar, de imediato, à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao plano de seguro contratado.

31.9. Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

31.10. Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do plano de seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

31.11. Fornecer mensalmente à Seguradora uma relação discriminada dos Segurados a serem garantidos, contendo de cada um o nome, CPF, data de nascimento, data de adesão, número de certificado, e ainda o valor do saldo devedor, se for o caso.

32 - TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

32.1. No seguro de pessoas, a Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do(s) Beneficiários, contra o causador do sinistro, conforme disposto no art. 800 do Código Civil Brasileiro.

33 - CLÁUSULA SUPLEMENTAR

33.1. As Cláusulas Suplementares somente terão validade quando expressamente ratificadas e incluídas na apólice pelas Condições Contratuais e/ou Aditivo. Sua vigência coincidirá com a da apólice quando incluídas no início do Seguro, de modo contrário, terão o início de sua vigência fixado no aditivo que as incluir na Apólice.

34 - FORO CONTRATUAL E ARBITRAGEM

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

34.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição do foro diverso.

34.3. Para dirimir qualquer dúvida ou questão resultante deste seguro, entre Segurado e Segurador, é facultativa a adesão do Segurado à Cláusula Compromissória de Arbitragem, que deverá estar expressamente indicada na Proposta de Adesão e nas Condições Contratuais/Especificação da Apólice.

34.3.1. Ao concordar com a aplicação desta cláusula, o Segurado estará se comprometendo a resolver todos seus litígios com a Seguradora por meio de Juízo Arbitral, cujas sentenças têm o mesmo efeito que as proferidas pelo Poder Judiciário.

34.3.2. A Cláusula Compromissória de Arbitragem é regida pela Lei nº 9.307, de 23 de Setembro de 1996.

34.3.3. Surgindo qualquer diferença quanto à indenização a ser paga por esta Apólice, esta deverá ser referida a um Árbitro a ser nomeado pelas partes de acordo com as disposições estabelecidas por lei. Se qualquer diferença pelo presente contrato for referida à arbitragem, o pronunciamento de uma sentença será condição prévia para qualquer direito de ação contra a Seguradora.

35 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES AO PLANO DE SEGURO

35.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

35.2. Este plano de seguro foi submetido à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, estando suas condições registradas através do processo nº 15414.900147/2013-30.

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

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

35.5. Os tributos decorrentes do presente contrato de seguro serão pagos por quem a lei determinar.

35.6. As menções ao Estipulante nas presentes Condições Gerais são extensivas ao Subestipulante da apólice, quando houver, estando este obrigado aos deveres e obrigações previstos no contrato para o Estipulante.

36 - PRESCRIÇÃO

36.1. Qualquer direito do Segurado, com fundamento na presente Apólice, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

37 - RATIFICAÇÃO

37.1. As presentes Condições Gerais passam a fazer parte integrante dos documentos de contratação do seguro.

CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE AUXÍLIO FUNERAL

1 - OBJETO DO SEGURO

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir ao(s) Beneficiário(s) do Segurado, o

reembolso de valores comprovadamente gastos com despesas fixas de funeral do Segurado, até o valor estabelecido e fixado para esta cobertura e desde que a morte do Segurado tenha sido reconhecida como evento coberto por este seguro.

1.2. O reembolso de valores a título de auxílio funeral poderá ser feito a terceiros, quando as despesas forem devidamente comprovadas e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo pagamento, por conta e ordem do(s) Beneficiário(s).

2 - DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições constantes no item 1 das Condições Gerais, entender-se-á por:

2.1.1. **AUXÍLIO FUNERAL:** o reembolso de despesas fixas e comprovadas, pagos pelo(s) beneficiário(s) do Segurado.

2.1.2. **DESPESAS FIXAS DE FUNERAL:** são os valores comprovadamente gastos com o funeral do Segurado, relativos, exclusivamente, às seguintes despesas:

- a) Gastos de Traslado e Remoção do corpo do Segurado, exclusivamente, dentro do Território Nacional;
- b) Aquisição de Urna/Caixão;
- c) Contratação de Carretos;
- d) Registro de Óbito em Cartório;
- e) Locação de Jazigo por período de até 3(três) anos a contar da data do sepultamento;
- f) Cremação, exclusivamente, quando existir no município de moradia habitual do Segurado;
- g) Paramentos, entendidos como castiçais, velas e aparelhos de ozona;
- h) Mesa de Condolências, entendida como mesa para livro de presenças;
- i) Velório, entendido como locação de sala ou capela para tal;
- j) Serviços de Ornamentação, entendidos como véu, enfeite floral e uma coroa de flores;

3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Faixa Etária.

4 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

4.1. Ao contrário do disposto nas Condições Gerais deste seguro, para a Garantia de Auxílio

Funeral, o âmbito territorial da cobertura é o território brasileiro.

5 - CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado por esta cobertura estará limitado ao valor do capital da cobertura de morte.

6 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

6.1. O pagamento do reembolso das despesas devidas dar-se-á em até 30 (trinta) dias da apresentação dos comprovantes originais de pagamento das despesas estabelecidas pelo item 2.1.2 desta Garantia.

7 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

7.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

8 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO:

- a) Todos os documentos relacionados no subitem 27 das Condições Gerais, conforme o caso.
- b) Comprovantes originais das despesas com funeral e previstas pelo item 2.1.2 desta Garantia.

9 - CONCORRÊNCIA DE SEGUROS

9.1. Por se tratar de reembolso de despesas, existindo mais de uma apólice garantindo as despesas previstas pelo item 2.1.2, a indenização obedecerá aos seguintes critérios:

- a) Quando o total das despesas devidas for superior à soma dos Capitais Segurados das apólices: a indenização será igual ao valor do Capital estabelecido para esta cobertura.
- b) Quando o total das despesas devidas for inferior à soma dos Capitais Segurados das apólices: a indenização será igual ao resultado da aplicação do Capital estabelecido para esta cobertura vezes o total das despesas acobertadas pelo item 2.1.2, acima, e dividido pela soma dos Capitais Segurados de todas as apólices.

10 - RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA ESPECIAL- SEGURO MULHER (CÂNCER DE MAMA, OVÁRIO OU ÚTERO)

1 - OBJETO DO SEGURO

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir o pagamento de uma indenização à Segurada, em caso de ocorrência câncer de mama, ovário ou útero, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - GLOSSÁRIO

Além das definições constantes do item 1 das Condições Gerais, para fins deste contrato de seguro, definir-se-á por:

2.1. Câncer: designação genérica de neoplasia maligna, caracterizada pelo desenvolvimento de células ditas malignas no corpo humano. Para os efeitos da cobertura de diagnóstico de câncer, só estarão cobertas a neoplasia maligna de mama, a neoplasia maligna de ovário e a neoplasia maligna de útero, desde que, cumulativamente, sejam cumpridos os seguintes requisitos:

- a) não esteja abrangida pelo item 4 (Riscos Excluídos), das Condições Gerais;
- b) que a neoplasia tenha o seu primeiro diagnóstico comprovado em data posterior ao início da vigência da cobertura individual da Segurada; e
- c) ocorra depois de findo o prazo de carência determinado nas Condições Contratuais, se houver.

2.2. Carcinoma in situ: presença de células malignas, confinadas somente ao epitélio de revestimento, não ultrapassando ou invadindo os limites da membrana basal epitelial.

2.3. Colo do Útero: região do útero localizada em seu terço externo, em comunicação com a cavidade vaginal, sendo a porção mais externa do útero.

2.4. Deficiência Funcional: falta de capacidade de função de um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste.

2.5. Diagnóstico Anatomopatológico: diagnóstico baseado nos achados obtidos nos exames macroscópico e microscópico do espécime avaliado realizado por médico especialista.

2.6. Diagnóstico de câncer: constatação de câncer na Segurada, exclusivo para a neoplasia maligna de mama, para neoplasia maligna de ovário, para neoplasia maligna de útero, realizado em vida na Segurada, efetuada por exame microscópico de tecido fixo afetado pela moléstia, sendo o de maior importância o anátomo-patológico, além de exames complementares realizados por profissional médico especialista. O diagnóstico dado pelo

patologista será considerado válido, para fins do pagamento da indenização, desde que precedido de exame histológico minucioso do tumor maligno, ou do tecido coletado, em que efetivamente se evidencie a existência do câncer.

2.7. Doença: conjunto característico de sintomas e sinais decorrente da falta de capacidade de função de um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste.

2.8. Estágio da Neoplasia: situação clínica em que se encontra a paciente portadora de neoplasia, baseada nas dimensões da tumoração, presença de metástases em nódulos linfáticos e metástases em outros tecidos à distância, e que determina a conduta e prognóstico da doença.

2.9. Exames de Prevenção: são exames realizados na paciente para diagnóstico precoce de neoplasias malignas e de doenças predisponentes ao desenvolvimento de neoplasias malignas.

2.10. Médico Especialista: é o profissional que se dedica com exclusividade a determinado ramo da medicina e que detenha título de especialista reconhecido pelo MEC, associações ou sociedades médicas para este fim reconhecidas pelos Conselhos Federal e Regional de Medicina na referida área de atuação.

2.11. Metástase: presença de tecido neoplásico maligno em localização diferente à lesão primária inicial, do mesmo tipo histológico, que surge em decorrência da disseminação do tumor primário, através da corrente sanguínea ou linfática.

2.12. Neoplasia: doença caracterizada pela proliferação anormal de células, tumorais ou não, de caráter benigno ou maligno.

2.13. Neoplasia Benigna: proliferação anormal de células de diversos tipos de tecidos, que não apresentam potencial de disseminação para outros locais que não o de origem, através de corrente sanguínea ou linfática, não causando metástases e apresentando características celulares benignas, confirmadas através de estudos anatomopatológicos.

2.14. Neoplasia Maligna: proliferação anormal e descontrolada de células, de diversos tipos de tecidos, que podem disseminar pela corrente sanguínea ou através dos vasos

linfáticos, com potencial de implantação em outros órgãos e tecidos, causando metástases e que apresenta características celulares e anatomopatológicas macroscópicas de neoplasia maligna.

2.15. Prognóstico: é o parecer médico, baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas, acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.16. Reposição Hormonal: é o tratamento realizado com hormônios, com o objetivo de repor as perdas dos níveis hormonais, que ocorre na mulher, decorrente de desequilíbrio ou insuficiência de produção hormonal.

3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

3.2. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado, incluindo os valores ou percentuais, constarão das condições contratuais e serão disponibilizados aos proponentes quando da adesão ao seguro.

4 - RISCO COBERTO - COBERTURA DE DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

4.1. É a garantia do pagamento, à Segurada, de 100% (cem por cento) do Capital Segurado desta cobertura, conforme determinado na Proposta de Adesão, em caso de diagnóstico de câncer na Segurada, desde que:

a) O diagnóstico de câncer seja exclusivo para a neoplasia maligna de mama, a neoplasia maligna de ovário e a neoplasia maligna de útero;

b) A neoplasia maligna, de mama, ovário ou de colo do útero deverá ser obrigatoriamente diagnosticada em vida;

c) O câncer não decorra ou de qualquer modo não se relacione com qualquer dos atos, fatos ou situações abrangidos pelo disposto no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais;

d) A neoplasia maligna de mama, neoplasia maligna de ovário ou a neoplasia maligna de colo do útero deverá ter o seu primeiro diagnóstico comprovado em data posterior ao início de vigência da cobertura individual da Segurada e findo o prazo de carência determinado na Proposta de Adesão, contados a partir da data de início de vigência individual constante do certificado individual e/ou apólice.

4.2. Somente haverá garantia desta cobertura para a primeira neoplasia maligna diagnosticada, na mama, ovário ou no colo do útero, conforme alínea “d” acima, estando excluídas, em toda e qualquer hipótese, para os efeitos deste seguro, e de suas renovações, se ocorrerem, possibilidade de acumulação de indenizações pelo diagnóstico de mais de um câncer.

5 - RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além do disposto no item 4 das Condições Gerais deste plano de seguro, a Seguradora não garante o pagamento da indenização os eventos relacionados a ou ocorridos em consequência de:

a) Carcinoma in situ no colo do útero;

b) Neoplasias malignas primárias de pele, na região das mamas;

c) Neoplasias não primárias do tecido mamário, na região anatômica das mamas; e

d) Neoplasias benignas das mamas, ovário ou do colo do útero.

6 - CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico de câncer, realizado em vida.

7 - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.1. Na ocorrência do sinistro, tão logo a Segurada ou o Estipulante tome conhecimento, deverá apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

a) Formulário de aviso de sinistro assinado.

b) Cópia autenticada do RG e CPF da Segurada.

c) Cópia do comprovante de residência em nome da Segurada e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro.

d) Declaração médica em formulário da Seguradora, devidamente preenchida e assinada pelo médico assistente da Segurada, contendo diagnóstico anatomopatológico, estágio de neoplasia, tratamento realizado e a realizar, de modo detalhado, e prognóstico.

d.1. O médico assistente não poderá ser membro da família da Segurada, para efeito de comprovação da doença.

e) Cópia do exame anatomopatológico que comprove o diagnóstico de câncer.

f) Laudo do perito médico, quando solicitado pela Seguradora.

8 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

8.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

9 - RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE CESTA BÁSICA

1 - OBJETO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir aos Beneficiários do Segurado o pagamento de “n” parcelas para aquisição de cestas básicas quando ocorrer a morte do segurado, por causas naturais ou acidentais, em caso da morte do Segurado por evento não excluído pelas condições deste seguro.

2 - CAPITAL SEGURADO

2.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do segurado.

3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Faixa Etária

4 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

4.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

4.2. O pagamento das parcelas para aquisição das cestas básicas será feito sob a forma mensal e no número de parcelas estipulado nas Condições Contratuais, limitado a 12 parcelas.

4.3. Em caso de morte do beneficiário que esteja recebendo as parcelas para aquisição das cestas básicas antes do fim do período estabelecido para o recebimento, as parcelas restantes serão pagas ao novo beneficiário, conforme a ordem estabelecida no item 15.2 das Condições Gerais.

5 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO:

5.1. Todos os documentos relacionados no item 27 e demais das Condições Gerais, conforme o caso.

5.2. Quando contratada esta cobertura, esta Condição Especial passa a integrar as condições do seguro.

6 - RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

COBERTURA DE MORTE

1 - OBJETO DO SEGURO

1.1. Este plano de seguro tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma indenização, até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais, observadas as Condições Gerais, Especiais e o Contrato, e desde que não se trate de risco expressamente excluído.

2 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO

2.1. Para fins do que estabelece o item 26 das Condições Gerais, a comunicação de ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos básicos:

- a) formulário de aviso de sinistro da Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante; pelo Beneficiário ou seu representante legal; e pelo médico assistente;
- b) cópia autenticada do atestado de óbito;
- c) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do Segurado;
- d) cópia autenticada do boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- e) cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- f) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- g) comprovante de residência do Segurado; e
- h) cópias autenticadas do(s) documentos de identificação do(s) Beneficiário(s).

3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

3.2. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado, incluindo os valores ou percentuais, constarão das condições contratuais e ser disponibilizados aos proponentes quando da adesão ao seguro.

4 - CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data de morte do segurado.

5 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

5.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

6 - RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS

1 - OBJETO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir o reembolso das despesas odontológicas, e ocorridas em decorrência de um acidente pessoal coberto.

1.1.1. As despesas devem ser incorridas em um dentista legalmente habilitado e sob sua orientação e o tratamento deverá obrigatoriamente ter-se iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do acidente pessoal.

2 - LIVRE ESCOLHA

2.1. Faculta-se ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços odontológicos, desde que legalmente habilitados.

2.2. Desde que preservada a livre escolha, pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços odontológicos, para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Faixa Etária

4 - FRANQUIA

4.1. Sendo estabelecida para esta Garantia a aplicação de franquia, os critérios serão estabelecidos no contrato do seguro, havendo obrigatoriedade de tais informações constarem no certificado individual fornecido ao Segurado.

5 - COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

5.1. O Segurado deverá comprovar as despesas odontológicas, mediante a apresentação dos recibos originais, acompanhados do aviso de sinistro e de comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado do médico assistente e as contas hospitalares dos locais onde se deu o atendimento odontológico.

5.2. Devem ser anexadas também, cópias autenticadas dos seguintes documentos:

a) Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;

b) RG, CPF, e Certidão de Nascimento ou Casamento do Segurado;

c) Comprovante de residência.

5.3. O reembolso das Despesas Odontológicas poderá ser feito a terceiros, quando as despesas forem devidamente comprovadas, feitas em favor do Segurado, e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo pagamento, por conta e ordem do Segurado.

5.4. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites estabelecidos na cobertura, atualizadas segundo os critérios estabelecidos nas condições deste seguro.

6 - OUTROS SEGUROS

6.1. Se o Segurado possuir mais de uma apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este seguro será igual a importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados, proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia de todas as apólices em vigor na data do acidente.

7 - CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

7.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

8 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

8.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

9 - RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE DOENÇAS GRAVES

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, o pagamento de indenização em decorrência de diagnóstico de doenças devidamente especificadas e caracterizadas pela cobertura deste seguro, conforme abaixo, mediante diagnóstico comprovado por médico habilitado e exames complementares, quando exigidos.

1.2. A cobertura está condicionada à circunstância de a doença ser diagnosticada durante a vigência do seguro, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - DEFINIÇÃO DAS COBERTURAS

2.1. Para efeito deste seguro estão cobertas as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e sejam aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

I - DOENÇA NEOPLÁSICA MALIGNA (CÂNCER OU TUMOR MALIGNO)

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).

Risco Coberto:

Estão cobertos os portadores de neoplasia maligna com metástases à distância, devidamente comprovada através de exames complementares especializados. Estarão cobertos, também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, leucemias agudas (mielóide e linfóide) e os

linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos com pulmão, fígado e medula óssea.

II - DOENÇAS CARDIOLÓGICAS

Definição:

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

Risco Coberto:

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

III - ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

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 seqüela neurológica definitiva.

Risco Coberto:

Estão cobertos os segurados que sofreram AVC.

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

Risco Excluído:

Ataques isquêmicos transitórios (AIT);

IV - TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS VITAIS

Definição:

É a transferência do 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:

- Coração
- Fígado
- Medula óssea
- Pâncreas
- Pulmão
- Rim

2.2. Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

2.3. O pagamento de qualquer indenização decorrente da cobertura de doenças graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

2.4. Após o pagamento da indenização, a garantia de que trata esta Condição Especial fica automaticamente cancelada, sendo o prêmio devido pago até o aniversário do certificado.

2.5. Nenhum benefício será pago com base em diagnóstico feito por uma pessoa que seja membro da família do Segurado ou que esteja vivendo na mesma residência da Segurado, independente de esta pessoa ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

2.6. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento da ocorrência 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.

2.7. O Segurado deverá autorizar por escrito, seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

2.8. Os resultados apurados pela perícia, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

2.9. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

2.10. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão da doença, bem como sobre matéria médica não prevista expressamente neste seguro, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica constituída de 03 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois médicos indicados.

2.10.1. 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.

3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

3.2. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado, incluindo os valores ou percentuais, constarão das condições contratuais e serão disponibilizados aos proponentes quando da adesão ao seguro.

4 - CARÊNCIA

4.1. Será adotado um período de carência de 2 (dois) meses, contados a partir do início de vigência do seguro individual.

4.2. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

4.3. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

5 - CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do diagnóstico da doença coberta.

6 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 - DOCUMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto pela presente Condição Especial deverão ser apresentados os seguintes documentos:

a) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do segurado;

b) formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo médico que assistiu o segurado, com firma reconhecida (existe este formulário);

c) laudo ou declaração médica, fornecido pela Seguradora, atestando a doença, totalmente preenchida e assinada pelo médico assistente profissional habilitado, contendo o carimbo

com o seu número no Conselho Regional de Medicina (CRM), e ainda os exames complementares realizados, comprovando o diagnóstico da doença;

d) cópia do comprovante de endereço nominal ao segurado, se menor, declaração de residência feita por terceiros;

e) dados bancários completo em nome do beneficiário/Segurado.

Caso o segurado venha a falecer, deverão ser apresentados os documentos comprobatórios dos beneficiários.

8 - RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL OU DOENÇA (DIH)

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão destas Condições Especiais na apólice, garantir o pagamento de um valor diário fixo, pagável por dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição hospitalar, desde que a hospitalização seja decorrente de acidente pessoal ou doença, cobertos pelo plano de seguro, do qual esta Condição Especial é parte integrante, observadas as demais disposições contratuais.

1.2. O valor do capital segurado será estabelecido sob forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo segurado. O valor de cada diária será estabelecido no Contrato e constará no Certificado Individual do Segurado.

1.3. Caracteriza-se como hospitalização uma internação em uma Instituição Hospitalar pelo período mínimo de 12(doze) horas, comprovada a utilização de pelo menos 01 (uma) diária hospitalar pelo segurado.

1.4. O benefício máximo pagável sob este seguro é de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por internação, sendo que, na reinternação, as diárias serão cumulativas para este efeito.

1.4.1. Considerar-se-á como reinternação a internação que se iniciar no período de vigência deste seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subsequentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já setenha pago benefício concedido por esta garantia.

1.5. Nos casos de hospitalização no exterior, os encargos de tradução dos documentos comprobatórios ficarão por conta da Seguradora.

2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados no item 4 das Condições Gerais deste seguro, para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos:

- a) hospitalização quando o Segurado não estiver sob cuidados de médicos legalmente habilitados;
- b) procedimentos odontológicos;
- c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos que configurem ato ilícito ou antiético;
- d) tratamentos experimentais e medicamentos não reconhecidos pelo Ministério da Saúde;
- e) cirurgias estéticas.

2.2. Também são considerados excluídos, por condições médicas preexistentes:

a) A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente do Segurado, tendo o mesmo permanecido neste seguro por um período inferior a 06 (seis) meses.

a.1. Uma condição médica preexistente significa a doença ou lesão de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão, em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento, nos 06 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro ou ainda saiba ser portador ou sofredor à época da contratação, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico.

a.2. Se, durante a vigência desta garantia, o Segurado Principal optar pela elevação do valor do benefício diário fixo através de alteração de plano, haverá exclusão para o valor do aumento, em caso de condição médica preexistente.

b) Excluídas também as internações em instituições do tipo abaixo relacionadas:

b.1. Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;

b.2. Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;

b.3. Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas; e

b.4. Instituições de saúde hidroterápica ou clínicas de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de hospital usada primordialmente como

um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitados; clínicas de emagrecimento ou SPA.

3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

3.2. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado, incluindo os valores ou percentuais, constarão das condições contratuais e serão disponibilizados aos proponentes quando da adesão ao seguro.

4 - VALOR DAS DIÁRIAS

4.1. O valor de cada diária será estabelecido nas Condições Contratuais da apólice com base na Proposta de Contratação, respeitados os limites indicados no item 10 destas Condições Especiais.

5 - FRANQUIA

5.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em período de dias e constará na apólice.

5.2. Para a cobertura de diária de internação hospitalar, o período de franquia será de 15 (quinze) dias a contar da data do evento.

6 - CARÊNCIA

6.1. Estabelecida para esta Garantia a aplicação de carência, a mesma será definida em período de dias e constará na Proposta de Contratação e na apólice do seguro.

6.2. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do risco individual e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

6.3. A hospitalização resultante de doença ou lesão caracterizada como condição médica preexistente somente será coberta após o Segurado ter permanecido neste seguro por um período contínuo de 06 (seis) meses.

7 - PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro coberto por esta Garantia, deverá o Segurado, o Beneficiário(a) ou seu representante legal informar imediatamente o sinistro e comprovar satisfatoriamente sua ocorrência.

7.2. Para o processo de indenização será necessário comunicar o nome completo, cópia

simples do RG e CPF do Segurado, data de nascimento, data, hora, local e causa do sinistro, período de internação, DDD e telefone para contato, além dos seguintes documentos:

a) Relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de internação hospitalar, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o Segurado na data do evento;

b) Documento que comprove a hospitalização do Segurado (declaração do hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;

c) Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela instituição hospitalar;

d) Original ou cópia simples de exames realizados que comprovem necessidade da internação hospitalar;

e) Cópia simples do boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável;

f) Cópia simples da carteira nacional de habilitação (CNH), quando o Segurado for condutor do veículo;

g) No caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.

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

7.3.1. Caso o Estipulante receba qualquer dos documentos supracitados, será responsável pelo seu devido encaminhamento à Seguradora.

7.4. O atraso na entrega da documentação, documentação incompleta e/ou falta da entrega da documentação solicitada, poderá acarretar atraso na análise e conclusão do sinistro.

7.5. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do Segurado ou de seus Beneficiários.

8 - CAPITAL SEGURADO

8.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

8.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data de internação.

9 - PAGAMENTO DAS DIÁRIAS

9.1. A Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º (décimo sexto) dia da internação, se houver a internação hospitalar de que trata esta Garantia, até o dia de sua alta, ou do momento em que deixe o hospital, o que primeiro acontecer, respeitados, ainda, os limites estabelecidos no item 10 destas Condições Especiais.

9.2. As diárias serão pagas ao Segurado à medida que se tornem devidas, a cada 30 (trinta) dias.

10 - LIMITES

10.1. Pelo mesmo acidente ou doença, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada e estabelecida nas Condições Contratuais da apólice. Este limite não ultrapassará 365 diárias.

11 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

11.1. As indenizações por Diárias de Internação Hospitalar são cumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro, isto é, se em consequência do acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da garantia de D.I.H.A.D, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez, a indenização paga por D.I.H.A.D.

12 - RATIFICAÇÃO

12.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA (DIT)

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão destas Condições Especiais na apólice, garantir o pagamento de diárias ao Segurado, profissional liberal ou autônomo, que, em decorrência de uma doença coberta, mantenha-se afastado de sua principal atividade profissional por um período superior ao da franquia estipulada devido a uma impossibilidade contínua e ininterrupta de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

1.2. Para os fins deste plano de seguro, considera-se como profissional liberal e autônomo aquele que contribui com a previdência social (INSS) e recebe pagamentos por prestação de

serviços, sem qualquer vínculo empregatício, sendo esta a sua forma principal de percepção de seus rendimentos.

2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos constantes do item 4 das Condições Gerais, estão excluídos da cobertura concedida sob estas Condições Especiais:

- a) gravidez, parto e suas consequências;
- b) anomalias congênitas;
- c) hérnia discal, exceto quando decorrente de tratamento cirúrgico;
- d) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;
- e) tratamento para obesidade ou estética em suas várias modalidades;
- f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- g) doenças mentais, quaisquer que sejam suas espécies e causas;
- h) abortos, aprovados ou não e suas consequências;
- i) tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras ou estéticas, salvo se em consequência de acidentes cobertos ocorridos durante a vigência da apólice;
- j) cirurgia para esterilização.

3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Faixa Etária.

4 - VALOR E PAGAMENTO DAS DIÁRIAS

4.1. O valor de cada diária será estabelecido nas Condições Contratuais, respeitados os limites indicados no item 5 desta cobertura.

4.2. A Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º (décimo sexto) dia do afastamento por doença, caracterizando a incapacidade, até o dia da sua volta à atividade laborativa, respeitando os limites estabelecidos no item 5.1 desta cobertura.

4.3. As diárias serão pagas ao Segurado à medida que se tornem devidas, a cada 30 (trinta) dias.

4.4. O afastamento somente será reconhecido quando determinado por um médico devidamente habilitado e comprovado posteriormente através do envio dos exames complementares.

4.5. O pagamento das diárias será feito enquanto o Segurado estiver incapacitado e limitar-se-á à quantidade de diárias estabelecidas no contrato, independentemente do número de eventos.

5 - LIMITES

5.1. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, e estabelecida nas Condições Contratuais da Apólice. Este limite não ultrapassará 365 diárias.

6 - FRANQUIA

6.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em período de dias e constará na apólice.

6.2. Para a cobertura de DIT, o período de franquia será de 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

7 - CARÊNCIA

7.1. Estabelecida para esta Garantia a aplicação de carência, a mesma será definida em período de dias e constará na Proposta de Contratação e na apólice do seguro.

7.2. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do risco individual e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

8 - CAPITAL SEGURADO

8.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

8.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data da incapacidade.

9 - OCORRÊNCIA DE SINISTRO

9.1. Em caso de sinistro deverá o Segurado providenciar os documentos básicos como:

a) Aviso de sinistro;

b) comprovação de exercício de atividade profissional;

- c) cópia autenticada do recolhimento de ISS ou do ICMS; ou
- d) cópia autenticada dos conhecimentos de frete dos últimos 02 (dois) meses, quando for o caso,
- e) cópia autenticada do último imposto de renda; ou
- f) cópia autenticada do carnê leão;
- g) laudo médico com a determinação do afastamento por incapacidade temporária.

10 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

10.1. A cobertura de diárias de incapacidade temporária decorrente de doença é cumulativa com qualquer outra cobertura do presente plano de seguro, isto é, se, em consequência de doença coberta, o Segurado vier a falecer ou ficar total e permanentemente inválido e, antes disso, em virtude da mesma ou de outra doença, tiver recebido indenização por conta desta cobertura de DIT, a Seguradora não abaterá, se houver indenização devida por outra cobertura, a indenização paga por DIT.

10.2. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento indenizável, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou sobreposição de indenização.

11 - TÉRMINO DA COBERTURA

11.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais deste plano de seguro, a cobertura do risco a que se refere esta garantia cessará individualmente para cada Segurado quando a presente cobertura for cancelada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

12 - RATIFICAÇÃO

12.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA)

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão destas Condições Especiais na apólice, garantir o pagamento de diárias ao Segurado, profissional liberal ou autônomo, que, em decorrência de um acidente pessoal coberto mantenha-se afastado de sua principal atividade profissional por um período superior ao

da franquia estipulada devido a uma impossibilidade contínua e ininterrupta de exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

1.2. Para os fins deste plano de seguro, considera-se como profissional liberal e autônomo aquele que contribui com a previdência social (INSS) e recebe pagamentos por prestação de serviços, sem qualquer vínculo empregatício, sendo esta a sua forma principal de percepção de seus rendimentos.

1.3. O valor de cada diária será estabelecido na Proposta de Adesão, nas Condições Contratuais e ratificado na respectiva apólice, bem como o número de diárias contratadas sob estas Condições Especiais

2 - VALOR E PAGAMENTO DAS DIÁRIAS

2.1. O valor de cada diária será estabelecido nas Condições Contratuais, respeitados os limites indicados no item 4 desta cobertura.

2.2. A Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º (décimo sexto) dia do acidente, caracterizando a incapacidade, até o dia da sua volta à atividade laborativa, respeitando os limites estabelecidos no item 4.1 desta cobertura.

2.3. As diárias serão pagas ao Segurado à medida que se tornem devidas, a cada 30 (trinta) dias.

2.4. O afastamento somente será reconhecido quando determinado por um médico devidamente habilitado e comprovado posteriormente através do envio dos exames complementares.

3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Faixa Etária.

4 - LIMITES

4.1. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada, e estabelecida nas Condições Contratuais da Apólice. Este limite não ultrapassará 365 diárias.

5 - FRANQUIA

5.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em período de dias e constará na apólice.

5.2. Para a cobertura de DITA, o período de franquia será de 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

6 - CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

6.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

7 - OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado providenciar os documentos básicos como:

- a) aviso de sinistro;
- b) comprovação de exercício de atividade profissional;
- c) cópia autenticada do recolhimento de ISS ou do ICMS; ou
- d) cópia autenticada do último imposto de renda; ou
- e) cópia autenticada do carnê leão.

8 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

8.1. A cobertura de incapacidade temporária decorrente de acidente é cumulativa com qualquer outra cobertura do presente plano de seguro, isto é, se, em consequência de acidente coberto, o Segurado vier a falecer ou ficar total e permanentemente inválido e, antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente, tiver recebido indenização por conta desta cobertura de DITA, a Seguradora não abaterá, da indenização devida por morte ou invalidez, a indenização paga por DITA.

8.2. No caso de ocorrência simultânea de mais de um acidente que enseje afastamento indenizável, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou sobreposição de indenização.

9 - TÉRMINO DA COBERTURA

9.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais deste plano de seguro, a cobertura do risco a que se refere esta garantia cessará quando a presente cobertura for cancelada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

10 - RATIFICAÇÃO

10.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir ao Segurado, até o limite do Capital Segurado, o reembolso das despesas médicas e odontológicas decorrentes de acidente coberto que o Segurado efetuar para seu restabelecimento, bem como das diárias hospitalares, decorrentes de acidente coberto, e incorridas a critério médico, desde que iniciado o tratamento nos primeiros 30 (trinta) dias contados da data do acidente.

1.2. A Seguradora reserva a si o direito de não reembolsar quaisquer despesas caso seja comprovado que o tratamento teve início depois de decorridos 30 (trinta) dias da data da ocorrência do sinistro.

1.3. Como tratamento considera-se inclusive a internação hospitalar, a critério do médico assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório, bem como despesas de pronto-socorro, assistência de enfermeiro(s) diplomado(s) e honorário(s) de médico(s) e dentista(s).

1.4. O reembolso de despesas com dentistas abrange exclusivamente a restauração e/ou colocação de prótese em substituição a dentes naturais danificados, parciais ou totalmente, em acidente coberto e sofrido pelo Segurado.

2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões constantes das Condições Gerais, não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) reembolso de despesas decorrentes de eventos não cobertos, relacionados nas Condições Gerais deste seguro.

3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Faixa Etária

4 - LIVRE ESCOLHA

4.1. É facultada ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviço médico- hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

5 - CARÊNCIA

5.1. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

6 - FRANQUIA

6.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de franquia, a mesma constará nas Condições Contratuais, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do seguro.

7 - CAPITAL SEGURADO

7.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

7.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

8 - COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

8.1. O Segurado deverá comprovar as despesas de assistência médico-hospitalares, mediante a apresentação dos recibos originais, acompanhados do aviso de sinistro, de receita médica, exames radiológicos, ultrassonográficos, tomográficos e de satisfatória comprovação, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado do médico assistente e contas hospitalares.

8.2. Devem ser anexadas, também, cópias autenticadas dos seguintes documentos:

a) Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;

b) RG, CPF, e Certidão de Nascimento ou Casamento;

c) Comprovante de residência;

8.3. O reembolso das Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) poderá ser feito a terceiros, quando as despesas forem feitas em favor do Segurado, devidamente comprovadas, e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo pagamento, por conta e ordem do Segurado.

8.4. As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial

de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites estabelecidos na garantia, atualizados monetariamente nos termos da legislação específica.

9 - OUTROS SEGUROS

9.1. Se o Segurado possuir mais de uma apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas médico-hospitalares, a responsabilidade desta Seguradora por este seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados, proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia, de todas as apólices em vigor na data do acidente.

10 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

10.1. As indenizações por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra garantia do presente seguro, isto é, se, em consequência do acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da garantia de DMHO, a Seguradora não abaterá da indenização devida por morte ou invalidez a indenização paga por DMHO.

11 - RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA SUPLEMENTAR DE CÔNJUGE

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir ao Segurado Principal o pagamento do Capital Segurado, caso venha a ocorrer a morte de seu cônjuge, observadas as demais Condições Contratuais e as disposições específicas desta Garantia Suplementar.

1.2. Caso tenha sido contratada, para o cônjuge, coberturas adicionais de invalidez permanente, e ocorrendo o risco coberto pelo seguro, o Capital Segurado será pago ao próprio cônjuge indicado na apólice.

2 - DEFINIÇÃO DE CÔNJUGE

2.1. A comprovação da condição de cônjuge dar-se-á pela apresentação da certidão de casamento atualizada ou declaração pública de vida comum, com até 30 (trinta) dias da emissão do documento.

2.2. Para efeito de presente Condição Especial a (o) companheira(o) será equiparada ao cônjuge, nos casos previstos na legislação.

3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

3.2. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado, incluindo os valores ou percentuais, constarão das condições contratuais e serão disponibilizados aos proponentes quando da adesão ao seguro.

4 - COBERTURAS

4.1. É admitida a contratação das coberturas previstas para o Segurado Principal, na forma facultativa, observadas as Condições Contratuais e as demais disposições específicas do seguro.

4.1.1. As coberturas extensíveis ao cônjuge serão as seguintes:

- Morte;
- Morte Acidental;
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- Invalidez Permanente Total por Acidente;
- Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

4.2. Não podem participar como Segurados sob esta Condição Especial os cônjuges ou companheiras(os) do Segurado Principal, que façam parte do Grupo Segurado na condição de Segurados Principais, nem os cônjuges ou companheiras (os) separados de fato dos Segurados.

4.3. As garantias deste seguro somente poderão ser admitidas para a contratação para o cônjuge se o Segurado as contratar, observados, em todos os casos, que o seguro sob esta Garantia Suplementar está sujeito às mesmas disposições previstas para o seguro do Segurado Principal.

5 - RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos item 4 das Condições Gerais da apólice e aqueles definidos nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

6 - CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

6.1. Poderá fazer parte deste seguro o cônjuge que tiver sua inclusão solicitada pelo proponente/Segurado Principal, mediante proposta assinada pelo cônjuge, desde que atenda às condições estabelecidas no item 2 e respeitadas ainda as demais Condições Contratuais.

6.1.1. As respostas às questões da “Declaração Pessoal de Saúde e Atividade” deverão ser respondidas pelo próprio cônjuge.

7 - CAPITAL SEGURADO

7.1. Para fins desta Condição Especial o Capital Segurado é a Importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice de seguro, vigente na data do evento, conforme definido nas Condições Especiais de cada garantia contratada.

7.2. O Capital Segurado sob esta Garantia Suplementar está limitado a 100% do Capital Segurado estabelecido para o Segurado Principal.

8 - OCORRÊNCIA DE SINISTRO

8.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito no item 26 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no item 27 das mesmas Condições, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura.

9 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

9.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

10 - CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

10.1. Esta Condição Especial cessará automaticamente quando ocorrer:

- a) Pedido de cancelamento por escrito do Segurado;
- b) Automaticamente, com a morte do cônjuge dependente segurado por estas Condições Especiais;
- c) Morte do Segurado Principal, ou com o pagamento de indenização por invalidez total e permanente do mesmo.
- d) Separação de fato, judicial ou divórcio do casal.
- e) Perda da condição de dependente, pela legislação do imposto de renda e/ou previdência social, fato este que o Segurado deve comunicar de imediato.

11 - RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA SUPLEMENTAR DE FILHO (S)

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir ao Segurado Principal o pagamento do Capital Segurado, caso venha a ocorrer a morte do(s) filho(s), ou dependentes equiparados a filhos, para efeito deste seguro, observadas as demais Condições Contratuais e as disposições específicas desta Garantia Suplementar.

2 - DEFINIÇÃO DE FILHOS

2.1. Será(ão) considerado(s) Filho(s), para fins de inclusão nesta Condição Especial, filho(s) até 21 anos de idade ou 24 anos, se universitário(a).

2.2. Para efeito de presente Condição Especial equiparam-se aos filhos os enteados, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal, desde que atendam as condições do item anterior.

2.3. 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

3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

3.2. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado, incluindo os valores ou percentuais, constarão das condições contratuais e serão disponibilizados aos proponentes quando da adesão ao seguro.

4 - COBERTURAS

4.1. Ao(s) Filho(s) somente poderá ser concedida a cobertura de Morte e de Morte Acidental, desde que as mesmas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal, respeitando o disposto nas Condições Gerais e Condições Especiais de cada cobertura.

4.1.1. As coberturas extensíveis ao(s) filho(s) será(ão) as seguintes:

- Morte;
- Morte Acidental.

4.2. Quando ambos os cônjuges forem componentes do Grupo Segurado, o(s) filho(s) será(ão) incluído(s) somente uma vez como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal, para os efeitos desta Garantia.

5 - RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos item 4 das Condições Gerais da apólice e aqueles definidos nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

6 - CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

6.1. Poderão fazer parte deste seguro todos os filhos que tiverem suas inclusões solicitadas, mediante Proposta de Contratação devidamente preenchida e assinada pelo Segurado, desde que atendam as condições estabelecidas no item 2 acima, respeitadas, ainda as demais Condições Contratuais.

7 - CAPITAL SEGURADO

7.1. Para fins desta Condição Especial o Capital Segurado é a Importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice de seguro, vigente na data do evento.

7.2. O Capital Segurado para cada cobertura está limitado a 100% do Capital Segurado estabelecido para o Segurado Principal.

8 - OCORRÊNCIA DE SINISTRO

8.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder conforme descrito no item 26 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no item 27 das mesmas Condições, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada cobertura.

9 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

9.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

10 - CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

10.1. Esta Condição Especial cessará automaticamente quando ocorrer:

- a) Pedido de cancelamento por escrito do Segurado;
- b) Automaticamente, com a morte do filho dependente segurado por estas Condições Especiais;
- c) Morte do Segurado Principal, ou com o pagamento de indenização por invalidez total e permanente do mesmo.
- d) Perda da condição de dependente, pela legislação do imposto de renda e/ou previdência social, fato este que o Segurado deve comunicar de imediato.

11 - RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta Garantia, na hipótese da ocorrência da invalidez funcional permanente total, consequente de doença, que cause a perda da existência independente do segurado, nos termos das Condições Contratuais e observado o disposto no item 5 abaixo enunciado.

1.1.1. É obrigatória a contratação da Garantia de Morte em conjunto com esta garantia.

1.1.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos para fins desta cobertura os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

1.2. O seguro ora contratado foi estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, cuja natureza técnica não permite a constituição de provisões matemáticas passíveis de serem resgatadas ou devolvidas, posto que os prêmios pagos destinam-se ao custeio das despesas de administração e de comercialização e ao pagamento de indenizações.

1.3. É obrigatória a contratação da cobertura de Morte em conjunto com esta cobertura.

1.3.1. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD) será definida como uma antecipação à cobertura de Morte.

2 - GLOSSÁRIO

Além das definições constantes das Condições Gerais, para fins desta cobertura, definir-se-á por:

2.1. Aceitação: aceitação, por parte da Seguradora, da Proposta de Contratação e/ou a Proposta de Adesão.

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

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

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

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

2.6. Cancelamento da Apólice ou do Certificado Individual: ato pelo qual a apólice e/ou o certificado individual são cancelados antes do término de suas vigências.

2.7. Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave, volume 61, de 1993” e a “II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave, volume 87, nº 2, de agosto de 2006”, ambos publicados pela Sociedade Brasileira de Cardiopatia.

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

2.9. Dados Antropométricos: peso e altura do Segurado.

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

2.11. Disfunção Imunológica: incapacidade de o corpo prover uma resposta imunológica normal às doenças que o acometem, podendo a disfunção ser genética ou adquirida em virtude de doença.

2.12. Doenças: para efeitos deste plano de seguro considera-se doença como o conjunto característico de sinais e sintomas, decorrentes da falta de capacidade de função em um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste e desde que se configure como uma das patologias mencionadas no subitem 3.3.1 destas

Condições Especiais.

2.13. Doença Crônica em Atividade: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.14. Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.15. Doença Terminal: doença em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o doente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

2.16. Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação, sendo conhecidos como cânceres ou tumores malignos em atividade.

2.17. Doença Profissional: aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

2.18. Doença ou Lesão Preexistente: lesão ou conjunto característico de sinais e sintomas, decorrentes da falta de capacidade de função de um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste, que o proponente saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão.

2.19. Estados Conexos: o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

2.20. Estado Mórbido: piora de uma doença.

2.21. Etiologia: causa da doença.

2.22. Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.23. Hígido: saudável.

2.24. Perda da Existência Independente: ocorrência de quadro clínico incapacitante decorrente de doença que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autônomas do Segurado, o qual deverá ser comprovado por meio dos parâmetros e documentos especificados no item 6.

2.25. Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.26. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas

apresentadas por um doente.

2.27. Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.28. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.29. Relações Existenciais: relação que capacitam à autonomia existencial do ser humano em suas relações de Conectividade com a Vida.

2.30. Risco Coberto: invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a perda da existência independente do Segurado ocorrida na vigência da apólice e/ou certificado individual.

2.31. Sentido de Orientação: faculdade de o indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

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

2.33. Transferência Corporal: capacidade de o Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

3.2. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado, incluindo os valores ou percentuais, constarão das condições contratuais e serão disponibilizados aos proponentes quando da adesão ao seguro.

4 - RISCO COBERTO

4.1. Considera-se risco coberto, para efeito deste seguro, a invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a perda da existência independente do Segurado, na vigência da apólice e/ou certificado individual.

4.1.1. Caracterizado o risco coberto, observado o disposto nos itens abaixo, nas disposições das Condições Contratuais e na vigência da apólice e/ou do certificado individual, garante-se ao Segurado/Beneficiário o pagamento da indenização.

4.2. Por se tratar de um seguro coletivo, para que o risco coberto seja assegurado o grupo segurável será formado pelas pessoas incluídas junto ao Estipulante e que se enquadrarem nas características determinadas no Contrato.

4.3. O risco coberto, comprovado segundo critérios vigentes à época do pagamento

da indenização e adotado pela classe médica especializada, deverá ser proveniente exclusivamente dos seguintes quadros clínicos:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico.
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais e, conseqüentemente, sua consumpção, sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao se controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestadas 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 funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual decorrente de doença proveniente de:
 - I. Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - II. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - III. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 600;
- h) Estados mórbidos decorrentes de doença que acarretem:
 - I. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - II. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - III. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- i) Doença em estágio terminal, diagnosticada por médico assistente habilitado durante a vigência do contrato.

4.3.1. Outros quadros clínicos incapacitantes poderão ser reconhecidos como riscos cobertos desde que, quando avaliados por meio do instrumento de avaliação de invalidez funcional - IAIF (Anexo I), atinjam, no mínimo, 60 (sessenta) pontos, de um total de 80 (oitenta) pontos possíveis.

• IAIF é composto por dois documentos:

a) Tabela de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estados conexos, a qual avalia, por meio de escala com 03 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade do Segurado com a vida, que são denominados atributos e avaliados conforme abaixo:

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

II. Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

b) Tabela de dados antropométricos, fatores de risco e morbidade, a qual mensura as evidências médicas positivas de cada uma das situações ali previstas.

• Todos os atributos constantes do anexo serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados, devendo os itens ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

4.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público- privadas, não caracteriza por si só quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença para efeitos destas Condições Especiais.

4.5. Poderá ser fixada no Contrato uma carência para o pagamento da indenização, contada do início da vigência do contrato ou aumento do Capital Segurado, no que diz respeito à parcela do Capital Segurado que foi aumentada.

5 - RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Além do disposto no item 4 das Condições Gerais deste plano de seguro, a Seguradora não garante o pagamento da indenização caso a invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente de doença e que cause a perda da existência independente do Segurado, na vigência do certificado individual e/ou da apólice, ocorra por consequência, direta ou indireta, de:

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

b) quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas

onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;

c) a doença cuja evolução natural seja agravadas por traumatismos.

5.2. Não se considera risco excluído a invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente de doença e que cause a perda da existência independente de Segurado durante a vigência da apólice e do certificado individual, proveniente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação do serviço militar, da

prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

6 - CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado será determinado pelo Estipulante em moeda corrente nacional, sempre respeitados os limites mínimos e máximos de contratação, fixados pela Seguradora e acordados no Contrato.

6.2. O Capital Segurado somente será alterado após submissão e aceitação pela Seguradora de nova Proposta de Contratação do Estipulante ou nova Proposta de Adesão do Segurado à Seguradora.

6.2.1. No caso de alteração de Capital Segurado solicitado diretamente pelo Segurado, será emitido novo certificado individual.

6.3. A data do evento, para fins de determinação do capital segurado, é a data do relatório médico indicando a perda da existência independente do Segurado.

7 - PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

7.1. Na ocorrência do sinistro, tão logo o Estipulante tome conhecimento, deverá apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

a) Formulário de aviso de sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente, com a data do sinistro;

b) Relatório médico assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, data do diagnóstico da doença, os tratamentos realizados e evolução da doença, como detalhamento do quadro clínico incapacitante irreversível;

c) Cópia de todos os laudos e exames médicos efetuados até a caracterização da presumida invalidez por doença;

d) Cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado;

e) Cópia autenticada do CPF do Segurado;

f) Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado;

g) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela, se houver, relacionado ao Segurado inválido, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente;

7.2. Eventuais despesas efetuadas pelo Segurado relacionadas à comprovação do sinistro deverão ser por ele suportadas.

7.3. A Seguradora pagará a indenização no prazo de até 30 (trinta) dias contados a partir da entrega de todos os documentos relacionados acima.

7.3.1. Será suspensa a contagem do prazo acima mencionado caso a Seguradora solicite documentação ou informação complementar, fundamentada em dúvida justificável, sendo que a contagem do prazo voltará a correr a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente àquele em que for atendida completamente a solicitação da Seguradora.

7.3.2. Caso a indenização não seja paga no prazo previsto, quando do seu pagamento será acrescida de juros moratórios de 12% (doze por cento) ao ano, computados a partir do primeiro dia útil subsequente ao término do prazo, e atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE ou, no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, o Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) ou índice que vier a substituí-lo, desde a data da ocorrência do risco coberto até a data do pagamento da indenização. A critério da Seguradora, a atualização poderá ser aplicada a partir da data de exigibilidade, mesmo que a obrigação tenha sido paga dentro do prazo previsto.

7.4. O relatório médico deverá ter informações e registros médicos que comprovem o momento exato em foi atingido o estágio da doença em que se caracterize a perda da existência independente do Segurado.

7.5. Fica facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.

7.6. O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas à perda de sua existência independente.

7.7. Eventuais encargos de tradução necessários para a liquidação do sinistro, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão integralmente a cargo da Seguradora.

7.8. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão da invalidez, bem como dúvidas quanto ao correto enquadramento do risco coberto, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

7.8.1. A referida junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados, onde cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e Seguradora.

7.8.2. 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.

7.9. Não será paga indenização com base em diagnóstico feito por membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente de ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

7.9.1. Neste caso, a invalidez do Segurado deverá ser comprovada por relatório de médico que não possua vínculos com ele e/ou deverá haver submissão à junta médica de que trata o subitem 6.8.

7.10. Reconhecida a invalidez funcional pela sociedade seguradora, a indenização deve ser paga de uma só vez.

8 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

8.1. Após ser paga a indenização pelo evento coberto, verificar-se a morte do segurado, a importância já paga deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, não ocorrendo acúmulo de indenizações.

9 - RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

ANEXO - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF

Documento 1

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
<p>RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO</p>	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COM- PREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍ- LIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRI- GIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.</p>	<p>00</p>
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DE- SORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRICÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELCTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	<p>10</p>
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM</p>	<p>20</p>

	<p>PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	
<p>CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO</p>	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E/OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E/OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADA(S) COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10

	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO.</p> <p>(CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	<p>20</p>
<p>CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA</p>	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AOBANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGARSE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	<p>00</p>

<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	<p>10</p>
<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO às ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	<p>20</p>

Documento 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E/OU HÁ IMC - ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DIFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E/OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EMATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTESOBREVIDA E OU REFRTARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir ao Segurado/Beneficiário o pagamento de uma indenização de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura, conforme tabela e critérios do item 5 abaixo, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, por lesão física,

desde que ocorrida exclusivamente em consequência de acidente pessoal do Segurado, caracterizado como risco coberto, segundo as condições deste seguro.

2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além do disposto no item 4 das Condições Gerais deste plano de seguro, estão expressamente excluídos desta Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente os eventos ocorridos em decorrência de:

a) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou ainda por ato de humanidade em auxílio de outrem.

b) acidentes médicos do tipo: apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose ou outros similares.

c) 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 causados por acidentes;

d) acidentes com tratamento ou exames clínicos, cirúrgicos, medicamentos, por meio de agentes físicos, raio X, radium ou outros - quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por acidente coberto;

e) acidente(s) ocorrido(s) em data anterior ao início de vigência de cada seguro individual.

2.2. Estão também excluídos da garantia desta Condição Especial, quaisquer pagamentos, mesmo quando em consequência de evento coberto, decorrentes de:

2.2.1. danos morais e estéticos, assim entendido como indenizações de natureza compensatória, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, na qual esteja o Segurado obrigado a pagar, ainda que proveniente de ação judicial ou extrajudicial, bem como em casos de acordo amigável;

2.2.2. lucros cessantes resultante da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado, em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável;

2.2.3. perdas ou danos materiais decorrentes direta ou indiretamente de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.

3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Faixa Etária.

4 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

4.1. As indenizações por MORTE e INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE não se acumulam. 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, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, se a cobertura de morte tiver sido contratada, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, não exigindo, entretanto a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

5 - CAPITAL SEGURADO

5.1. O Capital Segurado será equivalente ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro, respeitado os limites estabelecidos.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

6 - REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

6.1. Após pagamento da indenização referente à invalidez parcial, haverá reintegração do capital segurado.

7 - TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente, quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao Segurado uma indenização, de acordo com os percentuais abaixo.

7.1. EM CASO de INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL

DESCRIÇÃO	Indenização
da visão de ambos os olhos	100% da IS
do uso de ambos os membros superiores	100% da IS
do uso de ambos os membros inferiores	100% da IS
do uso das mãos	100% da IS
do uso de um membro superior e um membro inferior	100% da IS
do uso de uma das mãos e um dos pés	100% da IS
do uso de ambos os pés	100% da IS
Alienação mental total e incurável	100% da IS

7.2. EM CASO de INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL (DIVERSAS)

DESCRIÇÃO	Indenização
Perda total da visão de um olho	30% da I.S.
Perda total da visão de 1 olho, quando o Segurado já não tiver outra vista	70% da I.S.
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40% da I.S.
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20% da I.S.
Mudez incurável	50% da I.S.
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20% da I.S.
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20% da I.S.
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25% da I.S.

7.3. EM CASO de INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL DOS MEMBROS SUPERIORES

DESCRIÇÃO	Indenização
Perda Total de um dos membros superiores	70% da I.S.
Perda total do uso de uma das mãos	60% da I.S.
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50% da I.S.
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio - ulnares	30% da I.S.
Anquilose total de um dos ombros	25% da I.S.
Anquilose total de um dos cotovelos	25% da I.S.

DESCRIÇÃO	Indenização
Anquilose total de um dos punhos	20% da I.S.
Perda total do uso de um dos polegares inclusive o meta-carpiano	25% da I.S.
Perda total do uso de um dos polegares exclusive o meta-carpiano	18% da I.S.
Perda total do uso da falange distal do polegar	9% da I.S.
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15% da I.S.
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12% da I.S.
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9% da I.S.
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	1/3 do valor do dedo respectivo

7.4. EM CASO de INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES

DESCRIÇÃO	INDENIZAÇÃO
Perda total de um dos membros inferiores	70% da I.S.
Perda total do uso de um dos pés	50% da I.S.
Fratura não consolidada de um fêmur	50% da I.S.
Fratura não consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros	25% da I.S.
Fratura não consolidada da rótula	20% da I.S.
Fratura não consolidada de um pé	20% da I.S.
Anquilose total de um dos joelhos	20% da I.S.
Anquilose total de um dos tornozelos	20% da I.S.

Anquilose total de um quadril	20% da I.S.
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25% da I.S.
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10% da I.S.
Amputação de qualquer outro dedo	3% da I.S.
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo,	indenização equivalente a ½, 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%
De menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

7.5. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem do grau de redução prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

7.5.1. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%.

7.5.2. Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

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

7.6. A invalidez permanente prevista nesta Condição Especial deve ser comprovada através de declaração médica, subscrita por profissional médico devidamente habilitado na sua especialização.

7.7. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta cláusula.

7.8. Se houver divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de constatação, a constituição de junta médica, que será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

7.8.1. Neste caso cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

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

7.10. A constatação da invalidez permanente se fará por laudo subscrito por médico, devidamente habilitado na sua especialização.

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

7.12. A reintegração do Capital Segurado contratado para esta garantia se dá de forma automática após cada acidente, ou seja, sem cobrança de prêmio adicional.

7.13. Ocorrendo o pagamento total do Capital Segurado previsto para esta cobertura, ficará automaticamente cancelada esta Condição Especial.

8 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO

8.1. Para fins do que estabelece o item 26 das Condições Gerais, a comunicação de ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos básicos:

a) formulário de aviso de sinistro da Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante; pelo Segurado ou seu representante legal; e pelo médico assistente;

b) cópia autenticada da declaração médica comprovando a invalidez;

c) cópia autenticada do atestado de alta médica, indicando o grau de redução funcional do membro ou órgão lesado;

d) cópia autenticada de todos os resultados dos exames médicos realizados;

e) cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do Segurado;

f) cópia autenticada do boletim de ocorrência policial, se for o caso;

g) cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo e dirigido pelo Segurado;

h) cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;

i) comprovante de residência do Segurado.

9 - RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1 - OBJETO DA COBERTURA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir ao Segurado/Beneficiário o pagamento de uma indenização de 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para esta cobertura, conforme tabela e critérios do item 5 abaixo, em caso de sua invalidez permanente total por acidente, conforme caracterização estabelecida neste documento.

1.2. A invalidez permanente total do Segurado, objeto desta cobertura, deve ser insuscetível de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, e ser comprovada por laudo médico, observadas as demais Condições Contratuais.

2 - RISCOS COBERTOS

2.1. Para fins deste seguro entende-se como invalidez permanente total por acidente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão, constantes da tabela contida no subitem 2.6 abaixo, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal caracterizado como evento coberto.

2.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, de acordo, com “TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL”, constante no subitem 2.6 destas Condições Especiais.

2.3. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização total não pode exceder a 100% (cem por cento).

2.3.1. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão defeituoso antes do acidente não dá direito à indenização, e será deduzida do grau de invalidez definitiva.

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

2.5. A invalidez permanente total por acidente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de Declaração Médica.

2.6. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

Discriminação	Sobre a Importância Segurada
Invalidez Permanente Total	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total de 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

3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Faixa Etária.

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 do acidente.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros, a data do acidente.

5 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

5.1. As indenizações por MORTE e INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE POR ACIDENTE verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, se a cobertura de morte tiver sido contratada, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente, não exigindo, entretanto a devolução da diferença se a

indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

6 - OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 26 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no item 27 das mesmas Condições, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópia deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- b) Radiografias do Segurado (quando houver);
- c) Guia de internação hospitalar (quando houver);
- d) Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- e) Cópia do Laudo de Dosagem alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- f) Cópia Comunicação Acidente de Trabalho (CAT) nos casos de Acidente de Trabalho;
- g) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- h) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito(IML);
- i) Atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente, e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.
- j) Em caso de sinistro em decorrência de alienação mental, total e incurável, deverá ser apresentado o termo de interdição judicial do Segurado, de forma a permitir o pagamento da indenização ao curador.

7 - RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO POR MORTE ACIDENTAL

1 - OBJETO DA GARANTIA

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de

uma indenização suplementar, em caso de morte do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência desta Garantia.

2 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS

2.1. Em caso de sinistro cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder conforme descrito no item 26 das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos previstos no item 27 das mesmas Condições.

3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Faixa Etária.

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 do acidente.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do acidente.

5 - ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

5.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

6 - RATIFICAÇÃO

6.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO - PIE

1 - OBJETO DO SEGURO

1.1. A cobertura de Perda Involuntária de Emprego, concedida por esta Condição Especial, garante o pagamento ao Segurado com vínculo empregatício (regime CLT), do Capital Segurado, parcial ou total, especificado nesta Garantia, quando, após o período de carência, ocorrer a perda de emprego por vontade exclusiva de seu empregador, após transcorrido o período de franquia, se o Segurado permanecer desempregado, observadas as demais condições para a validade desta cobertura.

2 - CONDIÇÕES PARA A CONCESSÃO DA GARANTIA

2.1. O Segurado deverá ter no emprego uma permanência mínima de 12 (doze) meses, sem interrupção.

2.1.1. Caso o Segurado tenha permanecido no emprego por um prazo inferior a 12 (doze) meses, sem interrupção, poderá comprovar a existência de outro emprego imediatamente anterior, de no mínimo 24 (vinte e quatro) meses consecutivos de duração, e desde que intervalo de tempo entre a data de demissão e a data de contratação não seja superior a 90 (noventa) dias.

2.1.2. A forma de elegibilidade prevista no subitem 2.1.1 é válida apenas para a reclamação do primeiro sinistro do Segurado, para as demais reclamações será considerada somente a condição prevista no subitem 2.1.

2.2. O início do pagamento se dará a partir do cumprimento da franquia estabelecida, e desde que o Segurado permaneça desempregado.

2.3. Não se enquadram nesta cobertura os contratos de trabalho celebrados por estagiários, temporários, provisórios, admitidos por prazo determinado nem os celebrados por aposentados e pensionistas.

3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Faixa Etária.

4 - RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos que decorrentes de:

- a) renúncia ou demissão voluntária do Segurado;
- b) demissão do Segurado por justa causa;
- c) pensão ou aposentadoria do Segurado;
- d) adesão do Segurado a qualquer tipo de plano de demissão voluntária (PDV) ou assemelhados, incentivados pelo empregador;
- e) cargos de eleição pública, incluindo-se aqueles de nomeação em diário oficial, ou não regidos pela CLT;
- f) falência do empregador; e
- g) alistamento no serviço militar.

5 - CAPITAL SEGURADO

5.1. É o valor máximo que será indenizado, por parcela, no caso de evento coberto ocorrido com o Segurado.

5.1.1. O pagamento ao segurado estará limitado a 12 parcelas.

5.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do efetivo desligamento do Segurado junto ao empregador.

5.3. O pagamento da indenização cessa caso o segurado seja empregado durante o recebimento, reintegrando automaticamente o capital segurado.

6 - CARÊNCIA

6.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de carência, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do seguro.

6.2. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do risco individual e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

7 - FRANQUIA

7.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas Condições Contratuais, na Proposta de Adesão e no Certificado Individual do seguro

8 - OCORRÊNCIA DE SINISTRO

8.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder e providenciar os documentos básicos abaixo relacionados:

a) cópia autenticada das seguintes páginas da carteira profissional

a.1. identificação do Segurado;

a.2. qualificação civil;

a.3. contrato de trabalho;

a.4. rescisão do contrato

b) cópia autenticada do formulário de seguro desemprego.

9 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

9.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

10 - TÉRMINO DA COBERTURA

10.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cláusula cessará individualmente para cada Segurado quando a presente cobertura for cancelada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

11 - RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA DE AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR

1 - OBJETO DO SEGURO

1.1. Esta cobertura objetiva, mediante o pagamento do prêmio correspondente e expressa inclusão desta Condição Especial na apólice, garantir ao(s) r e s p e c t i v o (s) Beneficiário(s) do(s) Segurado(s), o reembolso de valores comprovadamente gastos com despesas fixas de funeral do(s) Segurado(s), até o valor estabelecido e fixado para esta cobertura e desde que a(s) morte(s) do(s) Segurado(s) tenha(m) sido reconhecida(s) como evento coberto por este seguro.

1.2. Para efeito desta cobertura entende-se por Segurado(s), além da pessoa designada em nosso banco de dados, com direito aos serviços “POST-MORTEM” do Auxílio Funeral, o seu cônjuge e descendentes em 1º grau do Segurado, menores de 21 anos de idade e desde que convivam com ele, conforme legislação do IR (Imposto de Renda).

- Entende-se por legislação IR “Imposto de Renda”
- Filhos menores de 21 anos;
- Filhos maiores de 21 anos e que sejam considerados dependentes conforme legislação de IR, ou seja, que estejam cursando um grau superior com até 24 anos;
- Filhos que sejam deficientes físicos e/ou mentais - Sem limite de idade.
- Limite de idade para adesão de até 70 anos.

1.3. O reembolso de valores a título de auxílio funeral poderá ser feito a terceiros, quando as despesas forem devidamente comprovadas e os comprovantes contiverem a assinatura

do responsável pelo pagamento, por conta e ordem do(s) Beneficiário(s).

2 - DEFINIÇÕES

2.1. Além das definições constantes no item 1 das Condições Gerais, entender-se-a por:

2.1.1. **AUXÍLIO FUNERAL:** o reembolso de despesas fixas e comprovadas, pagos pelo(s) respectivo(s) beneficiário(s) do(s) Segurado(s).

2.1.2. **DESPESAS FIXAS DE FUNERAL:** são os valores comprovadamente gastos com o funeral do(s) Segurado(s), relativos, exclusivamente, às seguintes despesas:

- a) Gastos de Traslado e Remoção do corpo do Segurado, exclusivamente, dentro do Território Nacional;
- b) Aquisição de Urna/Caixão;
- c) Contratação de Carretos;
- d) Registro de Óbito em Cartório;
- e) Locação de Jazigo por período de até 3(três) anos a contar da data do sepultamento;
- f) Cremação, exclusivamente, quando existir no município de moradia habitual do(s) Segurado(s);
- g) Paramentos, entendidos como castiçais, velas e aparelhos de ozona;
- h) Mesa de Condolências, entendida como mesa para livro de presenças;
- i) Velório, entendido como locação de sala ou capela para tal;
- j) Serviços de Ornamentação, entendidos como véu, enfeite floral e uma coroa de flores;

3 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

3.1. Ao contrário do disposto nas Condições Gerais deste seguro, para a Garantia de Auxílio Funeral Familiar, o âmbito territorial da cobertura é o território brasileiro.

4 - CAPITAL SEGURADO

4.1. O Capital Segurado por esta cobertura estará limitado ao valor do capital da cobertura de morte.

4.2. Considera-se data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do falecimento.

5 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

5.1. O pagamento do reembolso das despesas devidas dar-se-á em até 30 (trinta) dias da apresentação dos comprovantes originais de pagamento das despesas estabelecidas pelo item 2.1.2 desta Garantia.

6 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

6.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

7 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO:

- a) Todos os documentos relacionados no subitem 27 das Condições Gerais, conforme o caso.
- b) Comprovantes originais das despesas com funeral e previstas pelo item 2.1.2 desta Garantia.

8 - CONCORRÊNCIA DE SEGUROS

8.1. Por se tratar de reembolso de despesas, existindo mais de uma apólice garantindo as despesas previstas pelo item 2.1.2, a indenização obedecerá aos seguintes critérios:

- a) Quando o total das despesas devidas for superior à soma dos Capitais Segurados das apólices: a indenização será igual ao valor do Capital estabelecido para esta cobertura.
- b) Quando o total das despesas devidas for inferior à soma dos Capitais Segurados das apólices: a indenização será igual ao resultado da aplicação do Capital estabelecido para esta cobertura vezes o total das despesas acobertadas pelo item 2.1.2, acima, e dividido pela soma dos Capitais Segurados de todas as apólices.

9 - RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE VERBAS RESCISÓRIAS

1 - OBJETO DO SEGURO

1.1. Esta Cláusula, desde que contratada, garante ao Estipulante o pagamento de uma Indenização, a título de reembolso das despesas com pagamento de verbas rescisórias, respeitados os limites estabelecidos contratualmente, em consequência exclusiva de morte do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cláusula, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

1.2. A presente Cláusula somente poderá ser contratada em conjunto com a Cláusula de Morte ou Indenização por Morte Acidental e a ela se vincula, de forma que somente será devida, se caracterizada a cobertura relativa à Cláusula de Morte ou Indenização por Morte Acidental.

2 - RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos que decorrentes de:

a) quaisquer valores referentes a débitos do empregado junto ao empregador, tais como, mas não se limitando a, empréstimos contraídos, quaisquer convênios (farmácias, academias, entre outros), associações com grêmios, aquisição de bens da empresa, mesmo que lançados nas verbas rescisórias como outros descontos.

2.2. Na hipótese de contratação da Cláusula de Verbas Rescisórias conjuntamente com a Cláusula de Indenização por Morte Acidental, além dos riscos expressamente excluídos de cobertura apresentados acima e dos apresentados no Conceito de Acidente Pessoal das Condições Gerais, estão também excluídos os eventos ocorridos em consequência, direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;

b) 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;

c) eventos causados exclusivamente pela não utilização, pelo Segurado, de equipamentos de segurança exigidos por lei;

d) eventos causados exclusivamente pela ausência de habilitação do Segurado para condução de veículo automotor;

e) Acidente Vascular Cerebral;

f) eventos em que o Segurado tenha intencionalmente atentado contra a vida e integridade física de outrem, consumado ou não, exceto em caso de legítima defesa ou assistência à

pessoa em perigo.

3 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

3.1. Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado.

3.2. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado, incluindo os valores ou percentuais, constarão das condições contratuais e ser disponibilizados aos proponentes quando da adesão ao seguro.

4 - FRANQUIAS/CARÊNCIA

4.1. Não haverá a aplicação de franquias e/ou carências para esta cobertura.

5 - CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

5.1. O Capital Segurado Individual para esta Cláusula será estabelecido contratualmente.

5.2. Para fins desta Cláusula, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado Individual, a data do falecimento do Segurado no caso de Morte natural e a data da ocorrência do acidente, no caso de Indenização por Morte Acidental.

6 - CESSAÇÃO DA COBERTURA

6.1. Além das hipóteses previstas no item 25 das Condições Gerais, a garantia do risco a que se refere esta Cláusula cessa ainda:

Para o Segurado:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da Apólice Coletiva ou da presente Cláusula;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice Coletiva;
- c) com o falecimento do Segurado;
- d) com o pagamento da Indenização, se houver previsão de exclusão do Segurado da Apólice na respectiva Cláusula contratada, que gerou a Indenização.

7 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO:

7.1. Para a análise do pagamento da Indenização, respeitado o disposto nas Condições Gerais item 27, deverão ser apresentados os respectivos documentos básicos, a seguir relacionados:

a) Morte decorrente de doença

- formulário “Aviso de Sinistro” devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s);
- formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado por cada um dos Beneficiários;
- cópias do RG (cédula de identidade), CPF (Cadastro de Pessoas Físicas) e comprovantes de residência do Segurado e do(s) Beneficiário(s);
- cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho, devidamente assinado pelo empregador e pelo representante do empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo Vínculo prévio seja empregatício;
- comprovante de indicação de Beneficiário(s) assinado pelo Segurado;
- cópia das 3 (três) últimas listagens do CAGED (Cadastro Geral de empregados e Desempregados) onde o segurado sinistrado deverá constar como ativo;
- cópia do contrato de trabalho e exame médico pré-admissional (quando houver);
- cópia do Contrato de Estágio (no caso de estagiários);
- cópia do contrato social, ata de eleição ou Estatuto Social da empresa, conforme o caso (no caso dos sócios e diretores que não constem na listagem do CAGED);
- cópia da Conta da Concessionária com vencimento imediatamente anterior à ocorrência do Sinistro, quando tratar-se de Apólice cuja cobrança seja efetuada por intermédio de Conta de Concessionária;
- cópia do comprovante de quitação da Conta da Concessionária indicada no item anterior;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.

b) Morte decorrente de acidente

Além dos documentos relacionados acima para o caso de Morte decorrente de doença, providenciar:

- cópia do BO (Boletim de Ocorrência Policial) e/ou CAT (Comunicação de Acidente do Trabalho), se houver;

- cópia do Laudo do Necroscópico - IML (Instituto Médico-Legal), se realizado;
- cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação), em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- cópia do Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, se realizado(s);
- cópia do laudo da perícia técnica realizada no local do acidente, se houver;
- cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho discriminando as verbas rescisórias pagas, devidamente assinado pelo Beneficiário indicado pelo empregado perante o INSS e pelo empregador/Estipulante.

8 - RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE LABORATIVA

1 - OBJETO DO SEGURO

1.1. A presente condição especial, desde que contratada e pago o prêmio, tem por objetivo garantir ao segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta garantia quando ocorrer a Invalidez Permanente Laborativa do segurado exceto se decorrente de riscos excluídos e observados os demais itens desta condição especial e das Condições Gerais deste plano de seguro.

1.2. Para todos os efeitos desta garantia é considerada Invalidez Permanente Laborativa aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com recursos terapêuticos disponíveis no momento da constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

1.3. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional habilitado.

1.4. Não podem configurar como segurados, para esta cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para seu custeio.

1.5. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

1.6. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a perícia médica para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização.

1.7. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica.

2 - REENQUADRAMENTO POR FAIXA ETÁRIA

2.1. O Prêmio de seguro para esta cobertura não sofrerá alteração por Faixa Etária.

3 - RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura os eventos que decorrentes de:

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

b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional e,

c) A doença cuja evolução natural tenha sido aprovada por traumatismo.

4 - CAPITAL SEGURADO

4.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data da Invalidez Permanente Laborativa indicada na declaração médica.

5 - CARÊNCIA E FRANQUIA

5.1. Não serão aplicadas quais tipo de carências ou franquias para esta cobertura.

6 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO

6.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado proceder e providenciar os documentos básicos abaixo relacionados:

a) Formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido pelo Segurado;

b) Cópia do documento de identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado;

c) Relatório do médico-assistente do Segurado:

- Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente 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 da atividade laborativa principal do Segurado.
- d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

7 - ACÚMULO DE INDENIZAÇÕES

7.1. A indenização para esta cobertura será paga independente da indenização de outras coberturas.

8 - TÉRMINO DA COBERTURA

8.1. Além das hipóteses previstas nas Condições Gerais, a cobertura do risco a que se refere esta cláusula cessará individualmente para cada Segurado quando a presente cobertura for cancelada, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

9 - RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA SUPLEMENTAR DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

1 - OBJETO DO SEGURO

Desde que contratada, a presente garantia estabelece as condições de apuração e distribuição do Excedente Técnico, verificado no período acordado entre Seguradora e Estipulante.

2 - APURAÇÃO DE RESULTADOS

Para fins de apuração de excedente técnico considera-se:

2.1. Como Receitas

- a) Os prêmios líquidos, referentes ao período de apuração vencido e efetivamente pago;
- b) O estorno de sinistros computados em apurações anteriores e não devidos definitivamente.

2.2. Como Despesas As comissões de corretagem relativas aos prêmios considerados e efetivamente pagas;

a) As comissões de administração (pró - labore) referentes aos mesmos prêmios acima mencionados;

b) Qualquer comissões de agenciamento paga relativa ao período apurado;

c) O valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;

d) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados, inclusive da Apólice;

e) As despesas efetivas de administração estabelecidas na planilha de cálculo que deu origem ao prêmio apresentado no grupo, e constante em aditivo a apólice;

f) A provisão de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR);

g) Qualquer comissão de corretagem, pró - labore ou agenciamento referentes a períodos anteriores de apuração e que não foram consideradas nos mesmos.

h) Quaisquer outras despesas de comercialização, marketing etc., referente ao período de apuração se existirem.

i) Havendo resseguro por parte da Seguradora de valores referentes a esta apólice, a parte dos prêmios repassados ao Ressegurador será descontada da receita apurada, assim como a parcela dos sinistros recuperados pela Seguradora também será descontada das despesas.

2.3. Os valores das receitas e despesas para apuração dos resultados técnicos serão atualizados monetariamente pela variação acumulada do IGPM/FGV, calculada entre a data de sua constituição e a data do cálculo.

3 - CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO

3.1 A apólice deve ter uma média mensal mínima de 500 (quinhentos) segurados principais, para o período considerado para a apuração.

3.2 A apuração de resultado de excedente técnico, deve ser realizada após o termino da vigência anual da apólice, ou de qualquer outro período se convencionado entre Estipulante/segurados e Seguradora, depois de pagas todas as faturas desse período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da ultima quitação, vedado qualquer tipo de adiantamento dos valores apurados.

3.3. Havendo saldo positivo entre receitas e despesas, o resultado deve ser atualizado monetariamente até a data da distribuição ao Estipulante e/ou Segurado, do percentual determinado para este fim em aditivo a apólice.

3.4 O lucro a distribuir acima citado somente será pago se houver a renovação da apólice pelo período mínimo de 01 (um) ano.

4 - RATIFICAÇÃO

4.1 Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.