

ÍNDICE GERAL

DEFINIÇÕES	5
CONDIÇÕES GERAIS – LIBERTY VIDA EM GRUPO	8
1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	8
2. ÂMBITO GEOGRÁFICO	8
3. TIPO DE CONTRATAÇÃO.....	8
4. OBJETIVO	8
5. CONCEITO DAS COBERTURAS	8
6. RISCOS EXCLUÍDOS	26
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	26
8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	27
9. ÍNDICE MÍNIMO DE ADEÇÃO	27
10. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS	28
11. INÍCIO DA COBERTURA INDIVIDUAL	28
12. CARÊNCIA.....	28
13. FRANQUIA.....	29
14. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO (S).....	29
15. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL	30
16. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL	30
17. ATUALIZAÇÃO DE VALORES.....	30
18. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO	31
19. REENQUADRAMENTO E REAJUSTE DOS PRÊMIOS	31
20. CUSTEIO DO SEGURO.....	31
21. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO	32
22. PAGAMENTO DO PRÊMIO	32
23. CANCELAMENTO DAS GARANTIAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DO PRÊMIO MENSAL OU ANUAL	33
24. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO.....	34
25. OCORRÊNCIA DE SINISTROS.....	34
26. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	35
27. JUNTA MÉDICA.....	38
28. TRANSFORMAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EM RENDA	38
29. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	39
30. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	40
31. SUSPENSÃO DE COBERTURA.....	41
32. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	41
33. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	42
34. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS	42
35. CLÁUSULAS SUPLEMENTARES	42
36. RATIFICAÇÃO	42
37. PRESCRIÇÃO.....	42
38. FORO.....	42
39. DISPOSIÇÕES FINAIS	42
CLÁUSULAS SUPLEMENTARES	42
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGES	42
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS	44
CONDIÇÕES GERAIS – LIBERTY ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO	46
1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	46

2. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	46
3. OBJETIVO.....	46
4. TIPO DE CONTRATAÇÃO.....	46
5. CONCEITO DAS COBERTURAS.....	46
6. RISCOS EXCLUÍDOS.....	58
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	58
8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO.....	59
9. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO.....	60
10. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS.....	60
11. INÍCIO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	60
12. CARÊNCIA.....	60
13. FRANQUIA.....	61
14. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO.....	61
15. CAPITAL SEGURADO.....	62
16. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL.....	62
17. ATUALIZAÇÃO DE VALORES.....	62
18. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO.....	63
19. CUSTEIO DO SEGURO.....	63
20. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	63
21. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	63
22. CANCELAMENTO DAS GARANTIAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DO PRÊMIO MENSAL OU ANUAL.....	65
23. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO.....	65
24. OCORRÊNCIA DE SINISTROS.....	66
25. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	66
26. TRANSFORMAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EM RENDA.....	68
27. JUNTA MÉDICA.....	68
28. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	69
29. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	70
30. SUSPENSÃO DE COBERTURA.....	70
31. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	71
32. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	71
33. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS.....	71
34. CLÁUSULAS SUPLEMENTARES.....	72
35. RATIFICAÇÃO.....	72
36. PRESCRIÇÃO.....	72
37. FORO.....	72
38. DISPOSIÇÕES FINAIS.....	72
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGES.....	73
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS.....	75
CONDIÇÕES GERAIS - LIBERTY FUNERAL.....	77
DEFINIÇÕES.....	77
1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES.....	79
2. OBJETIVO.....	79
3. TIPO DE CONTRATAÇÃO.....	79
4. ÂMBITO GEOGRÁFICO.....	79
5. COBERTURAS.....	79
6. LIBERTY ASSISTÊNCIA FUNERAL - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS OU REEMBOLSO.....	79
7. LIBERTY AUXÍLIO FUNERAL - EXCLUSIVAMENTE REEMBOLSO.....	80
8. RISCOS EXCLUÍDOS.....	81

9.	ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS	82
10.	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	82
11.	CAPITAL SEGURADO	83
12.	REINTEGRAÇÃO.....	83
13.	CARÊNCIA.....	83
14.	FRANQUIA.....	83
15.	ATUALIZAÇÃO DE VALORES.....	83
16.	PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO	84
17.	CUSTEIO DO SEGURO.....	85
18.	PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO	85
19.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	85
20.	CANCELAMENTO DO SEGURO.....	86
21.	SUSPENSÃO DE COBERTURA.....	87
22.	OCORRÊNCIA DE SINISTROS	87
23.	RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	88
24.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	88
25.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	89
26.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	90
27.	TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS	90
28.	ALTERAÇÃO NO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA	91
29.	PRESCRIÇÃO.....	91
30.	FORO.....	91
31.	DISPOSIÇÕES FINAIS	91
32.	LIBERTY ASSISTÊNCIA FUNERAL TABELA DE SERVIÇOS	92

DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

Incluem-se nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.
- f) os acidentes decorrentes de picadas ou mordidas de insetos ou bichos peçonhentos e venenosos.

Agravamento do Risco: Circunstância que após a contratação do seguro, aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do Segurado.

Apólice: Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

Apólice de averbação ou aberta: Aquela em que o segurado/estipulante comunica à sociedade seguradora as movimentações relativas a seu negócio, vinculadas às coberturas contratadas e ocorridas ao longo de sua vigência, em datas incertas, imprevisíveis ou previamente acordadas, com capital segurado variável limitado ao máximo contratado.

Aviso de Sinistro: Comunicação à Seguradora da ocorrência de evento coberto, conforme previstos nas Condições Gerais e/ou Condições Especiais.

Beneficiários: Pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Capital Segurado: É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

Carência: É o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, do aumento do capital ou da recondução depois de suspenso, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as coberturas ou algumas delas.

Carregamento: É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do seguro.

Certificado Individual: É o documento emitido para cada segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.

Condições Contratuais e/ou Condições Gerais: Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.

Contrato: É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

Corretor de Seguros: É o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros por meio do seu número de registro no site da SUSEP na Internet (www.susep.gov.br).

Declaração Pessoal de Saúde: É o documento formal e legal, incluso na Proposta de Adesão, em que o proponente a Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde.

Documentos Contratuais: Documento emitido pela seguradora, sendo a apólice, a apólice de averbação, o certificado individual, o endosso e o bilhete de seguro.

Doenças preexistentes: São as doenças, lesões e acidentes de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na Proposta de Adesão.

Endosso: É o documento emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

Estipulante: É a pessoa jurídica ou física que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como Estipulante - instituidor, quando participar total ou parcialmente do custeio do plano, e como Estipulante – averbador, quando não participar do custeio.

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

Franquia: É a participação obrigatória do Segurado em caso de sinistro, a qual é definida na cobertura contratada e corresponde ao período em dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à indenização do seguro para qualquer evento.

Grupo Segurado: É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no seguro, nos termos destas Condições Gerais.

Grupo segurável: É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que preencham os demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato.

Indenização: É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

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 para exercer a prática da medicina.

Migração de apólices: Substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

Prêmio ou Prêmio Único: Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado para a vigência integral da apólice, podendo ser pago à vista ou parcelado (prêmio fracionado).

Prêmio Mensal: Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado conforme opção especificada na proposta ou bilhete e pago mensalmente.

Processo SUSEP: É o registro deste plano na SUSEP, porém não implica por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

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

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

Regime Financeiro de Repartição Simples: É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

Regulação do Sinistro: São os procedimentos realizados pela Seguradora para apuração e exame das causas e circunstâncias que caracterizaram o sinistro e, em face dessas verificações, concluir sobre a sua cobertura, bem como se o Segurado cumpriu as suas obrigações legais e contratuais.

Renda: Série de pagamentos periódicos devidos ao (s) Beneficiário (s) ou ao próprio Segurado

Riscos Excluídos: São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou especiais que não serão cobertos pelo presente Contrato de Seguro.

Seguradora: É a Liberty Seguros S/A, registrada no CNPJ sob o nº 61.550.141/0001-72, que assume os riscos inerentes às coberturas deste Contrato de Seguro, nos termos da legislação vigente, nas Condições Gerais deste contrato e demais normas aplicadas ao setor.

Segurados Dependentes: São o cônjuge ou a (o) companheira (o) e os filhos do Segurado Principal regularmente incluídos no seguro, sendo considerados e/ou equiparados a filhos do Segurado Principal, para fins deste seguro, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:

- a) O filho (a) e o enteado (a) do Segurado Principal, de até 18 (dezoito) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- b) O irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 18 (dezoito), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e,
- c) O absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

Segurados Principais: Pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Sinistro: A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do contrato de seguro.

SUSEP (Superintendência de Seguros Privados): Autarquia federal fiscalizadora e reguladora das entidades do mercado securitário.

Vigência: intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.
- 1.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

2. ÂMBITO GEOGRÁFICO

O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

3. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Este seguro é de contratação coletiva.

4. OBJETIVO

4.1. O presente seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou aos seus Beneficiários o pagamento de uma importância em dinheiro ou sob a forma de reembolso ou prestação de serviços, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado a seguir, desde que contratadas pelo Estipulante, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e do Contrato.

4.2. As coberturas deste seguro dividem-se em básica e adicionais, conforme segue:

4.2.1. Cobertura Básica: Morte.

4.2.2. Coberturas Adicionais:

- a) Indenização Especial por Morte Acidental (IEA);
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- c) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);
- d) Diárias de Incapacidade Pecuniária (DIP);
- e) Auxílio Funeral em caso de Morte (AFM);
- f) Doença Congênita de Filhos (DCF);
- g) Rescisão Contratual em caso de Morte (RCM);
- h) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD);
- i) Pagamento Antecipado Especial por Doença Profissional (PAED);
- j) Despesa Extra por Morte (DEM); e
- k) Despesa Extra por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (DEI)
- l) Perda de Renda por Desemprego (PDR)

4.3. Este seguro prevê ainda a possibilidade de contratação das seguintes Cláusulas suplementares:

- a) Inclusão de Cônjuge; e
- b) Inclusão de Filhos

4.4. O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Seguro”, quais coberturas serão contratadas, **sendo a básica obrigatória e as demais, facultativas, respeitando-se as conjugações disponibilizadas pela Seguradora.**

5. CONCEITO DAS COBERTURAS

5.1. Morte

5.1.1. RISCOS COBERTOS

5.1.1.1. Visa garantir ao (s) Beneficiário (s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, na ocorrência de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais.

5.1.1.2. Esta cobertura, para segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, as quais podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

5.1.2. RISCOS EXCLUÍDOS

Consideram-se como excluídos deste seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação radiativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) Ato de operação de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha ou revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou quaisquer perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) De doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro, com exceção dos itens abaixo:
 - i. que forem de conhecimento do segurado e tenham sido declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta de contratação ou de adesão;
 - ii. que não forem de conhecimento do segurado quando da formalização da proposta de contratação ou de adesão ou ainda;
 - iii. quando não existir obrigatoriedade do preenchimento da declaração pessoal de saúde.
- d) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- e) Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso. Este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando, tecnicamente, a devolução de prêmio ou reserva caso ocorra suicídio durante o período de exclusão da cobertura;
- f) Danos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;
- g) Prática, por parte do Segurado, de atos contrários à Lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;
- h) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;
- i) Indenizações ou prejuízos decorrentes de acordo ou condenação judicial por danos morais.

5.1.3. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.

5.2. Indenização Especial por Morte Acidental (IEA)

5.2.1. RISCOS COBERTOS

5.2.1.1. Quando contratada, esta cobertura garante ao (s) Beneficiário (s) o pagamento de um Capital complementar, proporcional ao estabelecido para a cobertura básica de Morte, limitado a 100% (cem por cento) desta, em caso de morte do Segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais.

5.2.1.2. Esta cobertura, para segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, as quais podem ser

substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

5.2.1.3. As indenizações por Morte decorrente de acidente e Indenização Especial por Morte Acidental (IEA) se acumulam, ou seja, no caso de Morte decorrente de acidente, a Seguradora também indenizará a cobertura "Indenização Especial por Morte Acidental" quando contratada.

5.2.2.RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos na cobertura básica Morte desta Cláusula, consideram-se como excluídos desta cobertura adicional:

- a) Doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite etc), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- b) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) 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 LER, DORT, LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

5.2.3.REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.

5.3. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

5.3.1.RISCOS COBERTOS

Quando contratada, esta cobertura garante ao Segurado o pagamento de uma indenização quando ocorrer a sua invalidez permanente por acidente, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais.

5.3.2.RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos na cobertura básica Morte desta Cláusula, consideram-se como excluídas desta cobertura adicional:

- a) As doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite, etc.), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
- d) Parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;

- e) Choque anafilático e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto;
- f) 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 LER, DORT, LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como invalidez acidentária, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

5.3.3. CARACTERIZAÇÃO

5.3.3.1. Como invalidez permanente por acidente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada exclusivamente por acidente pessoal coberto.

5.3.3.2. 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, estipulada de acordo com os percentuais estabelecidos na “Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente” constante destas Condições Gerais.

5.3.3.3. Na perda parcial, ficando reduzida (s) a (s) função (ões) do (s) membro (s) ou órgão lesado (s), a indenização será calculada pela aplicação do grau de redução funcional apresentado sobre a percentagem prevista na tabela para sua perda total. O percentual final apurado será aplicado ao Capital Segurado correspondente à cobertura de invalidez.

5.3.3.4. Na falta de indicação de percentagem de redução e sendo informado apenas o grau de redução - máximo, médio e mínimo - a indenização será calculada na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

5.3.3.5. Nos casos não especificados na Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

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

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

5.3.3.8. **A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente.**

5.3.3.9. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica para essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, **sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.**

5.3.3.9.1. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**

5.3.3.10. **As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam.** Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Parcial Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado, ou sua invalidez total e permanente, em consequência do mesmo acidente, será deduzida do valor do Capital Segurado a ser pago o valor já indenizado.

5.3.4. REINTEGRAÇÃO

Após cada acidente de que decorra invalidez parcial permanente, o Capital Segurado relativo a esta cobertura será reintegrada automaticamente sem cobrança de prêmio adicional, **salvo nos casos de invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.**

TABELA PARA CÁLCULO DE

INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Grau de Invalidez	Discriminação	% do Capital Segurado	
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100	
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100	
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100	
	Perda total do uso de ambas as mãos	100	
	TOTAL	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
		Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
		Perda total do uso de ambos os pés	100
		Alienação mental total e incurável	100
		Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30	
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70	
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40	
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20	
	Mudez incurável	50	
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20	
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20	
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25	
	Perda total de uso de um dos membros superiores	70	
	Perda total do uso de uma das mãos	60	

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
Grau de Invalidez	Discriminação	% do Capital Segurado
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a $\frac{1}{3}$ do valor do dedo respectivo	

PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70	
	Perda total do uso de um dos pés	50	
	Fratura não consolidada de um fêmur	50	
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25	
	Fratura não consolidada da rótula	20	
	Fratura não consolidada de um pé	20	
	Anquilose total de um dos joelhos	20	
	Anquilose total de um dos tornozelos	20	
	Anquilose total de um quadril	20	
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10	
	Amputação de qualquer outro dedo	03	
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, equivalente $\frac{1}{2}$, e dos demais dedos, equivalentes a $\frac{1}{3}$ 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	06	
	- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização		
	MANDÍBULA		
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos		
Em grau mínimo	10		
Em grau médio	20		
Em grau máximo	30		
NARIZ			
Perda total do nariz	25		
Perda total do olfato	07		
Perda do olfato com alterações gustativas	10		
APARELHO VISUAL			
Diplopia	15		
Lesões das vias lacrimais			
Unilateral	07		
Unilateral com fístulas	15		
Bilateral	14		
Bilateral com fístulas	25		
Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris			
Ectrópio unilateral	03		
Ectrópio bilateral	06		
Entrópio unilateral	07		
Entrópio bilateral	14		
Má oclusão palpebral unilateral	03		
Má oclusão palpebral bilateral	06		
DIVERSAS			

	Ptose palpebral unilateral	05
	Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total da língua	50
	Parcial (menos de 50%)	15
	Parcial (mais de 50%)	30
	SISTEMA AUDITIVO	
	Perda total de uma orelha	08
	Perda total das duas orelhas	16
	PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA	
	A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
	Perda do baço	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim	
	Função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	10
	Perda de dois testículos	30
	Amputação traumática do pênis	50
	Perda do útero antes da menopausa	40
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PAREDE ABDOMINAL	
	Hérnia traumática	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Paralisia de um corda vocal	10
	Paralisia de duas cordas vocais	30
	Traqueostomia definitiva	40
	TÓRAX	
	Aparelho Respiratório	
	Sequelas pós-taumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
DIVERSAS		

DIVERSAS	Função respiratória preservada	15	
	Redução em grau mínimo da função respiratória	25	
	Redução em grau médio da função respiratória	50	
	Insuficiência respiratória	75	
	MAMAS		
	Mastectomia unilateral	10	
	Mastectomia bilateral	20	
	ABDOMEN (ORGÃO E VÍSCERAS)		
	Gastrectomia subtotal	20	
	Gastrectomia total	40	
	INTESTINO DELGADO		
	Ressecção parcial	20	
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva.	40	
	INTESTINO GROSSO		
	Colectomia parcial	20	
	Colectomia total	40	
	Colostomia definitiva	40	
	RETO E ÂNUS		
	Incontinência fecal sem prolapso	30	
	Incontinência fecal com prolapso	50	
	Retenção anal	10	
	FÍGADO		
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10	
Lobectomia com insuficiência hepática	50		
Extirpação da vesícula biliar	07		
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS			
Epilepsia pós-traumática	20		
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20		
Síndrome pós-concussional	05		

5.4. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)

5.4.1. DEFINIÇÕES

Para fins desta garantia, entende-se por invalidez funcional total e permanente por doença aquela que cause a perda da existência independente do Segurado.

5.4.2. RISCOS COBERTOS

5.4.2.1. A contratação desta cobertura está condicionada à cobertura de Morte e IPA e, quando contratada e pago o respectivo prêmio, garante ao Segurado, desde que este requeira, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura Básica - Morte, em caso de sua invalidez funcional total e permanente por doença devidamente coberta pelo seguro, **exceto se decorrente dos riscos excluídos**, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

5.4.2.2. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de:

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

5.4.2.3. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos se, avaliados através do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

5.4.2.4. O IAIF é composto por dois documentos: o primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

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

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

5.4.2.7. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

5.4.2.8. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

5.4.2.9. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

5.4.3. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, **a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.**

5.4.4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos na cobertura básica Morte desta Cláusula, estão expressamente excluídos desta cobertura, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- 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) A invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;
- c) Os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);
- d) As doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo pregresso;
- e) As doenças agravadas por traumatismos;
- f) As doenças nas quais se documente alguma interação e ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e ou a posturas viciosas;
- g) Os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;
- h) Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos como risco coberto destas Condições Gerais.

5.4.4.1. Ocorrendo a invalidez funcional total e permanente por doença, o Segurado poderá requerer o pagamento do Capital contratado em parcela única. Por ser essa garantia uma antecipação da garantia de Morte, o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez funcional total e permanente por doença devidamente coberta, **imediate e automaticamente extingue a garantia para o caso de morte, bem como o presente contrato de seguro.**

5.4.4.2. Nesta hipótese, os prêmios pagos após a data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente pelo índice estabelecido no contrato, juntamente com o pagamento da indenização.

5.4.4.3. A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados na Cláusula 25 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros, destas Condições Gerais.

5.4.4.4. Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a invalidez funcional total e permanente por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das condições Especiais e do Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

5.4.4.5. Inexistindo o requerimento, o Capital contratado, quando da morte devidamente coberta do Segurado, será regularmente pago aos Beneficiários.

5.4.4.6. A indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença não se acumula com a de Invalidez e Morte, uma vez que garante ao Segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Morte e extingue imediata e automaticamente a cobertura de Morte.

5.4.4.7. A invalidez funcional total e permanente por doença deverá ser comprovada com apresentação, à Seguradora, de declaração médica a essa finalidade, acompanhada de relatório médico, informando que o Segurado está totalmente inválido por doença, segundo os critérios previstos nestas condições, indicando seu início, causas, circunstâncias, acompanhado de resultado de exames complementares e laudo pericial que comprove a invalidez.

5.4.4.8. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença.

5.4.4.9. A Seguradora se reserva o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de

afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

5.4.4.10. A Seguradora se reserva também o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez total e permanente por doença e/ou avaliação do seu nível de incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.

5.4.5. Instrumentos de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF

5.4.5.1. Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTUAÇÃO
Relações do Segurado com o cotidiano	1º grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições	1º grau: O Segurado apresenta-se saudável; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
clínicas e estruturais do Segurado	2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
Condições clínicas e estruturais do Segurado	3º grau: 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 (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e/ou técnico.	20
Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar seus dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a auto-suficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º grau: 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,	10

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTUAÇÃO
	descascar frutas, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	
	3º grau: 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.	20

5.4.5.2. 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 (quarenta).	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 disfunção imunológica.	04
Existem mais de dois fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica.	08

5.5. Diárias por Incapacidade Pecuniária (DIP)

5.5.1. RISCOS COBERTOS

Quando contratada, esta cobertura garante ao próprio segurado o pagamento de até 90 (noventa) diárias, se ele estiver impossibilitado de exercer sua atividade profissional, em decorrência de acidente ou doença, contadas a partir do período de franquia estabelecido nestas Condições, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais e Particulares.

5.5.2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos na cobertura básica Morte e Indenização Especial por Acidente, estão expressamente excluídos da cobertura de Diárias de Incapacidade Pecuniária (DIP) os sinistros ocorridos em consequência de:

- Afastamento da atividade profissional por período inferior a 15 (quinze) dias;
- Afastamento ocorrido durante o período de carência, conforme previsto nestas Condições Gerais e estabelecido na especificação da Apólice e/ou Certificado de Seguro, exceto quando decorrente de acidente;
- Cirurgias plásticas em geral, exceto quando restauradoras e resultantes de acidente ocorrido na vigência individual do seguro;
- Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações físicas e orgânicas, exceto quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de evento coberto ocorrido na vigência individual;
- Tratamentos clínicos ou cirúrgicos de caráter experimental;
- Inseminação artificial e tratamentos ou procedimentos para cura de infertilidade masculina ou feminina e para controle de natalidade;
- Tratamentos para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;
- Gravidez, parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;

- i) Cirurgias refrativas oculares;
- j) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não-éticos;
- k) Tratamentos ortodônticos e odontológicos, exceto quando decorrentes de acidente pessoal ocorrido dentro do período de vigência individual;
- l) Exames físicos de rotina ou de investigação diagnóstica (*check-up*);
- m) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- n) Doenças ocupacionais e profissionais, incluindo LER, DORT e Síndrome do Túnel do Carpo;
- o) Tratamento de fraturas patológicas;
- p) Tratamento de cervicoalgias, braquialgias, dorsalgias, lombalgias, sacralgias, radiculopatias, ciáticas, entesopatias, nevrites, sinovites, tendinites ou tenossinovite;
- q) Tratamentos de entorses, contusões, distensões ou luxações;
- r) Ferimentos que não exijam tratamento sob internação hospitalar;
- s) Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto.

5.5.3. REINTEGRAÇÃO

5.5.3.1. Após cada afastamento, o Capital Segurado relativo a esta cobertura será reintegrada automaticamente sem cobrança de prêmio adicional, **salvo nos casos de afastamento direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.**

5.5.3.2. As indenizações por Diárias por Incapacidade Pecuniária (DIP) não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade por acidente, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações. Caso o Segurado esteja recebendo diárias e sua incapacidade temporária evolua para uma Invalidez Permanente por Acidente ou Doença devidamente comprovada, o pagamento das diárias será imediatamente cancelado.

5.6. Auxílio Funeral em Caso de Morte (AFM)

5.6.1. RISCOS COBERTOS

5.6.1.1. Quando contratada, esta cobertura garante ao (s) Beneficiário (s) o reembolso das despesas com funeral em caso de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais.**

5.6.1.2. Esta cobertura destina-se apenas as despesas com funeral, sendo que, em caso de reembolso, devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, as quais podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

5.6.2. REINTEGRAÇÃO

O Capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento, sem a cobrança de prêmio adicional.

5.6.3. RISCOS EXCLUÍDOS

Consideram-se como excluídos deste seguro os eventos relacionados à cobertura básica Morte desta Cláusula.

5.7. Doença Congênita de Filhos (DCF)

5.7.1. DEFINIÇÕES

Entende-se por doenças congênitas as disfunções fisiológicas de origem sistêmica, bem como as provocadas por má-formação anatômica, diagnosticada e medicamente comprovadas como congênitas até o sexto mês do nascimento.

5.7.2. RISCOS COBERTOS

Quando contratada, esta cobertura garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do respectivo Capital Segurado contratado, equivalente a 50% (cinquenta por cento) do Capital do titular do seguro, limitado a R\$ 10.000,00 (dez mil reais), em caso de nascimento de filho do Segurado Principal, portador de invalidez permanente total por doença congênita, desde que tenha sido diagnosticada até o 6º (sexto) mês de vida do recém-nascido, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais.**

5.7.3. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, **a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.**

5.7.4. RISCOS EXCLUÍDOS

5.7.4.1. Além dos riscos na cobertura básica Morte, estão excluídos da cobertura de Doença Congênita de Filhos (DCF) os seguintes eventos.

- a) Diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes ou pessoa com laços de dependência econômica ou que residam com o mesmo, ainda que sejam médicos profissionais habilitados;
- b) Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado.

5.7.4.2. O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora em decorrência desta garantia só será efetuado se a data de nascimento do filho ocorrer no período de vigência desta cobertura.

5.7.4.3. A indenização prevista para esta cobertura será devida a apenas um do (s) Beneficiário (s), caso ambos os pais figurem como Segurados Principais na mesma Apólice.

5.7.4.4. Uma vez paga a indenização por esta cobertura, se o filho do Segurado vier a falecer em decorrência da doença que ocasionou a invalidez permanente total, não será devida qualquer indenização pela Cláusula Suplementar de Inclusão de Filho (s), caso tenha sido contratada.

5.8. Rescisão Contratual por Morte (RCM)

5.8.1. RISCOS COBERTOS

Quando contratada, esta cobertura garante ao Estipulante do seguro o pagamento de uma indenização de até 20% (vinte por cento) do Capital Segurado da garantia básica, **exclusivamente em caso de morte natural ou acidental do Segurado Principal**, a título de reembolso das despesas com o acerto rescisório trabalhista, devidamente comprovado, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais.

5.8.2. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, **a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.**

5.8.3. RISCOS EXCLUÍDOS

Consideram-se como excluídos deste seguro os eventos relacionados à cobertura básica Morte desta Cláusula.

5.9. Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD)

5.9.1. DEFINIÇÕES

5.9.1.1. Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença é aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

5.9.1.2. Atividade laborativa principal do segurado é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro do último período de 01 (um) ano trabalhado, anterior à constatação da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença.

5.9.1.3. Doença em fase terminal é aquela cujo estado clínico se considera grave, sem perspectiva de recuperação e para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis no momento, com expectativa de vida por prazo em torno de 6 (seis) meses.

5.9.1.4. Atestado emitido por médico legalmente habilitado para fins desta cobertura, é o documento emitido pelo médico especialista na patologia caracterizada, indicando o estado clínico atual e fatores correlatos ou quando for o caso, o tempo esperado de sobrevivência do Segurado, exigido para efeito de comprovação da Doença terminal. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso ele a tanto se negue.

5.9.2. RISCOS COBERTOS

A contratação desta cobertura está condicionada a contratação das coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e, quando contratada e pago o respectivo prêmio, garante ao próprio Segurado, desde que requerido, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a garantia básica - Morte, em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença que incapacite o Segurado para o exercício de sua atividade laborativa principal, desde que devidamente coberta pelo seguro, **exceto se decorrente dos riscos excluídos e desde que observadas as demais Cláusulas das Condições Gerais do seguro.**

5.9.3. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, **a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.**

5.9.4. RISCOS EXCLUÍDOS

5.9.4.1. Além dos riscos na cobertura básica Morte desta Cláusula, estão também excluídos da cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença as interações ocorridas em consequência de:

- a) A perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) De doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro, com exceção dos itens abaixo:
 - i. que forem de conhecimento do segurado e tenham sido declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta de contratação ou de adesão;
 - ii. que não forem de conhecimento do segurado quando da formalização da proposta de contratação ou de adesão ou ainda;
 - iii. quando não existir obrigatoriedade do preenchimento da declaração pessoal de saúde.
- c) As doenças agravadas por traumatismos;
- d) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

5.9.4.2. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doenças em fase terminal, devidamente atestada por médico legalmente habilitado.

5.9.4.3. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

5.9.4.4. Não podem configurar como Segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.

5.9.4.5. Comprovada a invalidez laborativa total e permanente por doença, poderá o Segurado requerer o pagamento do capital contratado, extinguindo-se a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual.

5.9.4.6. A indenização por Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) não se acumula com nenhuma outra cobertura, uma vez que garante ao Segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Morte e extingue imediata e automaticamente a cobertura de Morte e o seguro individual.

5.9.4.7. Após o pagamento da indenização ou da primeira parcela, quando paga sob a forma de renda, o segurado será automaticamente excluído da apólice, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados de acordo com o disposto na Cláusula 14.

5.9.4.8. No caso de o segurado não ser excluído da apólice, se o estado de invalidez laborativa cessar antes do término do pagamento da renda contratada, o valor do capital segurado da cobertura será reintegrado.

5.9.4.9. Após o pagamento da indenização ou da primeira parcela, quando paga sob a forma de renda, caso o segurado permaneça na apólice, o valor do prêmio deverá ser ajustado de acordo com as coberturas remanescentes, a partir da respectiva data de pagamento da indenização.

5.10. Pagamento Antecipado Especial por Doença Profissional (PAED)

5.10.1. DEFINIÇÕES

5.10.1.1. Invalidez Permanente Total por Doença: é aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

5.10.1.2. Doença adquirida no ambiente Profissional: é aquela adquirida no exercício da profissão, face exposição ao risco, pela natureza da atividade ou condições ambientais profissionais,

5.10.1.3. Atestado emitido por médico legalmente habilitado: para fins desta cobertura, é o documento emitido pelo médico especialista na patologia caracterizada, indicando o estado clínico atual e fatores correlatos. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso ele a tanto se negue.

5.10.1.4. Quadro clínico irreversível: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente, para o qual não se espera melhora ou alteração por meio dos recursos terapêuticos existentes na ocasião.

5.10.1.5. Comprovada a Invalidez Permanente Total por Doença adquirida no ambiente Profissional poderá o Segurado requerer o pagamento do capital contratado, extinguindo-se a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual.

5.10.1.6. A indenização por Pagamento Antecipado Especial por Doença Profissional (PAED) não se acumula com nenhuma outra cobertura, uma vez que garante ao Segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a Cobertura de Morte e extingue imediata e automaticamente a cobertura de Morte e o seguro individual.

5.10.2. RISCOS COBERTOS

A contratação desta cobertura está condicionada a contratação das coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e, quando contratada e pago o respectivo prêmio, garante ao próprio Segurado, desde que requerido, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a garantia básica - Morte, caso o segurado seja diagnosticado, durante a vigência da cobertura, como portador de quadro clínico irreversível, em decorrência de Invalidez Permanente Total por Doença adquirida no ambiente Profissional, devidamente atestada por médico legalmente habilitado a este fim, **exceto se decorrente dos riscos excluídos** e observadas as demais Cláusulas das Condições Gerais do seguro.

5.10.3. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.

5.10.4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos na cobertura básica Morte desta Cláusula, estão também excluídos da cobertura de Pagamento Antecipado Especial por Doença Profissional as interações ocorridas em consequência de:

- a) A perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) De doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro, com exceção dos itens abaixo:
 - que forem de conhecimento do segurado e tenham sido declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta de contratação ou de adesão;
 - i. que não forem de conhecimento do segurado quando da formalização da proposta de contratação ou de adesão ou ainda;
 - ii. quando não existir obrigatoriedade do preenchimento da declaração pessoal de saúde.
- c) As doenças agravadas por traumatismos;
- d) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

5.11. Despesa Extra por Morte (DEM)

5.11.1. RISCOS COBERTOS

5.11.1.1. A contratação desta cobertura está condicionada a contratação da cobertura de Morte e, quando contratada e pago o respectivo prêmio, garante o pagamento de uma verba adicional, até o limite estipulado na apólice em caso de Morte natural ou acidental do Segurado principal, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, observados os demais itens desta Cláusula e das Condições Gerais do seguro.

5.11.1.2. A indenização por Despesa Extra por Morte (DEM) se acumula com qualquer outra cobertura quando contratada e por ocasião de sinistros decorrentes do mesmo evento.

5.11.2. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.

5.11.3. RISCOS EXCLUÍDOS

Consideram-se como excluídos desta cobertura os eventos previstos na cobertura básica Morte desta Cláusula.

5.12. Despesa Extra por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (DEI)

5.12.1. RISCOS COBERTOS

5.12.1.1. A contratação desta cobertura está condicionada a contratação das coberturas de Morte ou Morte Acidental e, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e, quando contratada e pago o respectivo prêmio, garante o pagamento de uma verba adicional, até o limite estipulado na apólice em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Segurado principal, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, observados os demais itens desta Cláusula e das Condições Gerais do seguro.

5.12.1.2. A indenização por Despesa Extra por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (DEI) se acumula com qualquer outra cobertura contratada e por ocasião de sinistros decorrentes do mesmo evento.

5.12.2. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.

5.12.3. RISCOS EXCLUÍDOS

Consideram-se como excluídos desta cobertura os eventos previstos na cobertura básica Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, desta Cláusula.

5.13. Perda de Renda por Desemprego (PDR)

5.13.1. RISCOS COBERTOS

Quando contratada, esta cobertura garante ao próprio segurado, com vínculo empregatício (regime CLT), o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, se, após o período de carência, ocorrer a perda de emprego por vontade exclusiva de seu empregador e não motivada por justa causa, e desde que transcorrido período de franquia, o Segurado permanecer desempregado, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as seguintes condições:

- a) O Segurado deverá ter uma permanência mínima de 1(um) ano ininterrupto no último emprego, com jornada mínima de 30 (trinta) horas semanais;
- b) Caso o segurado possua mais de um vínculo empregatício elegível ao seguro, para efeito deste seguro será coberto apenas o vínculo empregatício que gera a maior renda ao segurado.
- c) Não se enquadram nesta cobertura os contratos de trabalho celebrados por estagiários, jovem aprendiz, temporários, trabalhadores admitidos por prazo determinado, profissionais autônomos ou liberais, aposentados e pensionistas.

5.13.2. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.

5.13.3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos da cobertura de Perda de Renda por Desemprego (PDR) os eventos que decorrentes de:

- a) Extinção do contrato de trabalho por acordo entre empregado e empregador, conforme previsto pela Lei 13.467/2017;
- b) Renúncia ou demissão voluntária do Segurado;
- c) Demissão do Segurado por justa causa;
- d) Pensão ou aposentadoria do Segurado por qualquer causa;
- e) Adesão do Segurado a qualquer tipo de Plano de Demissão Voluntária (PDV) ou assemelhados, incentivados pelo empregador;
- f) Cargos de eleição pública, incluindo-se aqueles de nomeação em Diário Oficial, ou não regidos pela CLT;
- g) Falência, concordata e recuperação judicial ou extrajudicial do empregador;
- h) Término ou extinção do contrato de trabalho, quando o contrato tiver prazo determinado (contrato a termo);
- i) Dispensa com imediata admissão em empresa seja ela ou não, do mesmo grupo econômico, coligada, filiada, associada, subsidiária e/ou acionista
- j) Alistamento no serviço militar.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões específicas por cobertura, as exclusões abaixo são aplicáveis a todas as coberturas deste seguro:

Cláusula de Exclusão Embargos e Sanções: estão excluídos da cobertura deste seguro todos e quaisquer riscos cuja cobertura e/ou eventual pagamento da respectiva indenização securitária, implicaria na obrigação da Seguradora de atuar de forma a atrair, em razão de embargos e sanções comerciais e econômicos, ações punitivas para a Seguradora, seu grupo econômico e administradores, por parte dos Estados Unidos da América, do Reino Unido, da União Europeia conforme descrito nas listas de embargos e sanções a seguir:

a) Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>

b) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>

Estão ainda excluídos da cobertura dessa Apólice, todos e quaisquer riscos cujo imediato pagamento da respectiva indenização securitária esteja vedado, por embargos e sanções comerciais e econômicos internacionais impostos por entidades multilaterais integradas pelo Brasil, tais como, mas não se limitando, o GAFI (Grupo de Ação Financeira contra a Lavagem de Dinheiro e o Financiamento do Terrorismo) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. A contratação/alteração do seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

7.2. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias contados da transmissão ou protocolo da proposta física, para sua análise e aceitação ou recusa, na qual deverão constar, obrigatoriamente, entre outros dados, os elementos essenciais do Segurado, dos Beneficiários, do objeto do seguro e do risco. Quando constatada a necessidade de informações e/ou documentos complementares para possibilitar a melhor análise do risco proposto, o referido prazo será suspenso até a data em que ocorrer a entrega das informações ou documentos solicitados.

7.3. Durante o período de análise será garantida cobertura provisória do risco segurado. Em caso de recusa do risco, haverá comunicação ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros e a cobertura provisória será encerrada imediatamente. De qualquer forma, eventuais sinistros ocorridos durante o período de cobertura provisória apenas serão atendidos se o evento estiver amparado pelas Condições Gerais do produto e o sinistro for considerado como regular.

7.4. No caso de aceitação da proposta o período de cobertura provisória será considerado como de efetiva vigência do seguro.

7.5. A ausência de manifestação da Seguradora quanto à aceitação ou recusa da proposta, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da mesma.

7.6. Recebida a Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante, caso seja aceita e haja a adesão do número mínimo de Segurados, conforme estabelecido no contrato, será emitida a Apólice, e a inclusão dos proponentes será feita conforme disposto no Contrato, observado o que segue:

a) O envio dos dados será feito por meio de mídia magnética, em layout e formato fornecidos pela Seguradora ao Estipulante contendo, no mínimo, nome completo, data de nascimento, sexo, documento de identificação, valor do Capital Segurado e prêmio;

b) Deverá (ao) acompanhar o arquivo mencionado na alínea “a” a(s) respectiva(s) Proposta(s) de Adesão e Declaração(ões) Pessoal(is) de Saúde, devidamente preenchida(s) e assinada(s) pelo(s) proponente(s);

c) A Proposta de Adesão deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco individual;

d) A Seguradora fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento, e procederá a análise de aceitação ou recusa da Proposta de Adesão, de acordo com a Cláusula 9 - Aceitação e Inclusão de Segurados, destas Condições Gerais.

e) Caso a Proposta de Adesão seja aceita, a Seguradora enviará o certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações.

7.7. Após a implantação do seguro, o Estipulante deverá encaminhar mensalmente as movimentações (inclusão e exclusão de Segurados) à Seguradora com os respectivos dados ora mencionados, inclusive as alterações de Capitais, para análise de aceitação.

7.7.1. O não-recebimento da movimentação mensal implicará no faturamento com base na fatura do mês anterior, devendo as exclusões ou inclusões de Segurados e acertos dos valores devidos ser regularizados na fatura subsequente.

7.8. A não-aceitação devidamente justificada da Proposta de Contratação por parte da Seguradora será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de prêmio eventualmente efetuado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo índice estabelecido no contrato, conforme legislação vigente.

7.9. Qualquer alteração no Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante acordo entre Seguradora e Estipulante, seu representante legal, ou por corretor de seguros, observadas as condições estabelecidas neste item, e desde que acarretem ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, mediante anuência que representem 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

7.10. São documentos do presente seguro a proposta, a Apólice com os respectivos anexos e o documento de cobrança devidamente quitado.

7.11. 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 dos itens desta Cláusula.

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

8.1. A vigência desta Apólice será de 12 (doze) meses, iniciando-se às 24 (vinte e quatro) horas da (s) data (s) definida nas Condições Contratuais.

8.2. A Seguradora providenciará a emissão da Apólice ou do endosso, a partir da data da aceitação da Proposta de Seguro.

8.3. Nas propostas de seguro recepcionadas sem pagamento de 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.

8.4. Nas propostas de seguros recepcionadas com adiantamento do prêmio, total ou parcial, o seu início de vigência será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que a Seguradora receber a proposta assinada pelo Estipulante.

8.5. A renovação do seguro somente será realizada quando o Segurado, seu representante e/ou o Corretor de Seguros manifestar à Seguradora sua intenção de renovar a apólice, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias antes do final da vigência do seguro, sendo que a aceitação do risco estará sujeita a análise da Seguradora.

8.6. Poderá, se assim desejado pelo Segurado, seu representante e/ou o Corretor de Seguros ocorrer a renovação do seguro de forma automática, uma única vez e pelo mesmo prazo, ao término da vigência original.

8.7. Não havendo interesse na renovação automática pelo Segurado, estipulante ou pela Seguradora, deverá haver comunicação mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

8.8. No caso de não renovação da apólice coletiva, as coberturas do certificado individual permanecerão em vigor pelo período correspondente aos prêmios já pagos.

8.9. A Seguradora fornecerá ao Estipulante, seu representante e/ou o Corretor de Seguros o protocolo que identifique o pedido/proposta de renovação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento;

8.10. Na proposta de renovação se aplicam os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 6 - Aceitação do seguro, destas Condições Gerais.

9. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO

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

9.2. O índice mínimo de adesão para implantação e manutenção da Apólice será fixado em cada caso, na Proposta de Seguro e nas Condições Contratuais.

10. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

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

- a) Estejam em plena atividade profissional/laborativa;
- b) Em perfeitas condições de saúde; e
- c) Tenham idade dentro dos limites estabelecidos nas Condições Contratuais da Apólice na data do início da vigência do seguro individual.

10.2. A Proposta de 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, os quais deverão obrigatoriamente apresentar as seguintes informações:

- a) Dados pessoais;
- b) CPF ou outro documento identificador de âmbito nacional
- c) Declaração ou prova de saúde;
- d) Declaração de conhecimento prévio das Condições Gerais do presente contrato;
- e) Indicação do (s) Beneficiário (s).

10.3. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de subscrição ou aumento no valor do Capital Segurado, informação ao proponente ou ao Segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

10.4. Os aposentados, desde que não decorrente de invalidez, podem ser incluídos no seguro, pagando eles próprios, ou o Estipulante, seus respectivos prêmios.

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

10.5.1. É vedada, ao Segurado afastado de sua atividade laborativa, toda e qualquer alteração de Capital após seu afastamento.

11. INÍCIO DA COBERTURA INDIVIDUAL

11.1. O início de vigência do risco individual se dará conforme segue.

- a) Os certificados terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicados;
- b) Para a Proposta de Adesão ou pedido de endosso sem pagamento de 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;
- c) Para a Proposta de Adesão ou pedido de endosso recepcionado com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela Seguradora.

11.2. No início de cada vigência individual do seguro, bem como nos aniversários subsequentes, a Seguradora providenciará a emissão do Certificado Individual do seguro, com os nomes do Segurado e Dependentes, se for o caso, início e final de vigência do seguro, Capital Segurado e Prêmio total, entre outros.

12. CARÊNCIA

12.1. O período de carência será estipulado na apólice ou certificado do seguro, respeitado o limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro. O período de carência não pode ultrapassar 2 (dois) anos.

12.2. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.

12.3. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

12.4. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na apólice de seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

12.5. A Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza ocorridos durante o prazo de carência.

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

12.7. As coberturas que estão sujeitas ao período de carência são:

- a) Morte;
- b) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPD-F);
- c) Diárias por Incapacidade Pecuniária (DIP), quando o sinistro for decorrente de doença.
- d) Perda de Renda por Desemprego (PDR).

13.FRANQUIA

13.1. Para a cobertura de Diárias por Incapacidade Pecuniária (DIP), o período da franquia em dias será estipulado na apólice ou certificado do seguro, e corresponde a dias ininterruptos por evento, contados a partir da data do afastamento de suas atividades profissionais.

13.2. O período de franquia para a garantia de Perda de Renda por Desemprego (PRD) será estipulado na apólice ou certificado do seguro.

13.3. Durante o prazo de franquia, a Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza.

14.DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO (S)

14.1. É facultado ao Segurado indicar livremente o (s) Beneficiário (s), ressalvadas as restrições legais. Na falta da indicação de Beneficiário (s), aplicar-se-á, para efeito de pagamento do Capital Segurado, o disposto no art. 792 do Código Civil Brasileiro.

"Art. 792 - Na falta de indicação de pessoa o de 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.

Parágrafo Único - Na falta das pessoas indicada neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência."

14.2. Para fins deste seguro, a (o) companheira (o) será equiparada (o) à (ao) esposa (o), nos casos admitidos pela lei Civil, observado o disposto no artigo 793 do Código Civil Brasileiro.

"Art. 793 - é válida a instituição do Companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato."

14.3. Observado o disposto no artigo 791 do Código Civil, é facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir o (s) seu (s) Beneficiário (s), mediante manifestação escrita.

"Art. 791 - Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a cobertura de alguma obrigação, é lícita a substituição do Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade."

14.4. Caso o Segurado não dê ciência à Seguradora da substituição de seu (s) Beneficiário (s), na forma prevista no subitem anterior, a Seguradora se desobrigará, pagando o Capital Segurado ao (s) antigo (s) Beneficiário (s).

14.5. No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Diárias por Incapacidade Pecuniária e Doença Congênita de Filhos, previstas nestas Condições Gerais, bem como no caso de morte do Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

14.5.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário.

14.6. O Beneficiário da cobertura de Rescisão Contratual por Morte (RCM) será sempre o Estipulante do seguro.

14.7. As demais coberturas não citadas nos subitens acima, mas previstas nestas Condições Gerais, serão devidas ao (s) Beneficiário (s) do Segurado Principal.

15. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

15.1. Para fins deste seguro, Capital Segurado é a importância máxima, por cobertura contratada, a ser paga ou reembolsada, vigente na data do evento.

15.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- a) Nas Coberturas de Morte, Auxílio Funeral em caso de Morte (AFM), Rescisão Contratual por Morte (RCM) e Despesas Extras por Morte (DEM): a data do falecimento;
- b) Nas Coberturas de Indenização Especial por Acidente (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Despesas Extras por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (DEI): a data do acidente;
- c) Nas Coberturas de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), Pagamento Antecipado Especial por Doença (PAED) e Doença Congênita de Filhos (DCF): a data em que a invalidez ficar caracterizada, através de declaração médica;
- d) Na Cobertura de Diária por Incapacidade Pecuniária (DIP): a data em que o Segurado se afastar de sua atividade profissional.
- e) Na Cobertura de Perda de Renda por Desemprego (PDR): a data de término do vínculo empregatício estabelecida no Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho.

15.3. 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 e salário.

16. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

16.1. Os valores do Capital Segurado e do prêmio serão atualizados monetariamente a cada ano com base no IPCA, e/ou anualmente, segundo a variação dos salários e proventos para todos os Segurados do grupo segurado, de acordo com o que dispuserem as Condições Contratuais.

16.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do referido índice, a atualização monetária terá por base aquele que vier a substituí-lo.

16.2. É assegurada aos aposentados e afastados de serviço a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para os componentes ativos.

17. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

17.1. Os valores relativos a este contrato de seguro estão sujeitos a correção monetária, de acordo com a variação do IPCA e juros moratórios legais, de 1% (um por cento) ao mês, respeitando as seguintes regras:

17.1.1. Para devolução de Prêmio a Seguradora terá um prazo de até 10 (dez) dias úteis, a contar da data de exigibilidade abaixo:

a) Endosso com restituição de prêmio: os valores a serem restituídos serão exigíveis a contar da data do recebimento da solicitação do endosso (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado.

b) Cancelamento do Contrato: os valores a serem restituídos serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

c) Valores Recebidos Indevidamente pela Seguradora: valores a serem devolvidos ao Segurado serão exigíveis a contar da data do recebimento da solicitação (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado.

d) Proposta Recusada: os valores a serem restituídos serão exigíveis a partir da data da recusa da proposta, e a correção dos valores a contar da data do pagamento realizado pelo segurado, até a data da efetiva restituição pela Seguradora.

17.1.2. Pagamentos em caso de indenização de sinistros ocorrida após o prazo previsto nas respectivas Cláusulas destas Condições Gerais (Cláusula 25 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS) incidirão:

a) correção monetária: a partir da data de ocorrência do sinistro definido na Cláusula 15 - CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL, de acordo com a variação positiva do IPCA até a data do efetivo pagamento.

b) juros moratórios legais: de 1% (um por cento) ao mês, a contar da data de término do prazo contratual para pagamento da indenização (Cláusula 25 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS), ou seja, a partir do 31º (trigésimo-primeiro) dia, "pro-rata-temporis", contado da data da entrega do último documento constante da relação da documentação básica ou de documento justificadamente solicitado pela Cia, até a data do efetivo pagamento.

17.2. Para indenizações liquidadas em moeda estrangeira, deverão ser observados, no mínimo, os itens relativos ao acréscimo de juros moratórios e multa.

17.3. Fica entendido e acordado que as atualizações previstas nesta cláusula serão efetuadas com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data da efetiva liquidação.

17.4. Em caso de extinção do índice pactuado, IPCA/IBGE, será utilizado como substituto o IGPM/FGV.

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

18. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO

18.1. O prêmio de cada Segurado é o produto da taxa indicada no Contrato pelo respectivo Capital da (s) cobertura (s) contratada (s) pelo Segurado e sua faixa etária.

18.2. O aumento na taxa deverá ocorrer por endosso ou aditivo ao contrato, com concordância expressa e escrita do Estipulante, observado o disposto na Cláusula 30 - CANCELAMENTO DO SEGURO, destas Condições Gerais.

18.3. Caso a alteração de taxa prevista no subitem anterior implique em ônus ou dever aos Segurados, ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de Segurados que representem pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo Segurado.

19. REENQUADRAMENTO E REAJUSTE DOS PRÊMIOS

19.1. Sempre que ocorrer, dentro da periodicidade definida no Contrato de Seguro, a alteração de idade do Segurado e conseqüentemente o seu deslocamento para outra faixa etária, a Seguradora somará à taxa anterior o percentual de reenquadramento previsto no Contrato e realizará a cobrança do novo prêmio a partir do mês de renovação da Apólice de seguro.

19.2. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do Segurado, incluindo os valores ou percentuais será disponibilizada aos proponentes quando de sua adesão ao seguro.

19.3. As faixas etárias para correção e seus percentuais de atualização são variáveis conforme o produto e data da primeira contratação do seguro.

Parágrafo único. Na hipótese do Estipulante, Segurado, seu Representante e/ou Corretor de Seguros renovar anualmente de forma sucessiva e ininterrupta o seguro, a Seguradora permanecerá utilizando a mesma **Tabela de Faixas Etárias e Percentuais de Reajuste por Cobertura** vigente na data da primeira contratação do seguro e expressamente prevista na proposta/apólice, realizando a cobrança do novo prêmio a partir do mês de renovação do seguro.

Os critérios acima se aplicam exclusivamente para contratos definidos por faixa de idade.

19.4. Independentemente da alteração da faixa etária, o Capital Segurado e o prêmio do seguro serão atualizados monetariamente, conforme estabelecido na Cláusula 17 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES, destas Condições Gerais.

20. CUSTEIO DO SEGURO

Para fins deste seguro e de acordo com a Proposta de Seguro, o custeio pode ser:

a) Não-Contributário (Instituído): forma de seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento totalmente sobre o Estipulante. Neste tipo de seguro, todos os componentes do Grupo Segurável serão incluídos na Apólice, excetuando-se apenas as pessoas não aceitas ou impedidas de serem seguradas, e aquelas que não protocolarem Proposta de Adesão na Seguradora; ou

b) Contributário (Averbado): forma de seguro em que os Segurados pagam o prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento, total ou parcialmente, sobre os mesmos. Neste tipo de Seguro serão incluídos na Apólice somente os componentes do grupo segurável que se manifestarem expressamente pela sua inclusão no seguro.

21. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

De acordo com o convencionado na Proposta de Seguro, o prêmio deste seguro poderá ser pago nas periodicidades anual, anual fracionado ou mensal.

22. PAGAMENTO DO PRÊMIO

22.1. O prêmio do seguro, valor a ser pago pelo Segurado para a garantia do risco coberto, será de acordo com o período contratado e tipo do seguro informado na apólice, admitindo-se os tipos abaixo, **devendo ser obrigatoriamente observada a data limite (data do vencimento) prevista no referido documento de cobrança do prêmio:**

a) **Prêmio ou Prêmio Único:** Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado para a vigência integral da apólice, podendo ser pago à vista ou parcelado (prêmio fracionado).

b) **Prêmio Mensal:** Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado conforme opção especificada na proposta ou bilhete e pago mensalmente.

22.2. O prazo limite para o pagamento do prêmio é o dia de vencimento estipulado na Apólice, ou nos casos em que haja mais de uma data prevista, a última data.

22.3. Nos contratos de seguro cujos prêmios sejam pagos em uma única parcela, qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim.

22.4. Fica, ainda, entendido e concordado que, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

22.5. **O não-pagamento do prêmio do seguro dentro do prazo limite estipulado e após aviso prévio da Seguradora diretamente ao Segurado, corretor de seguros ou seu representante legal, por meio físico, remoto ou outras formas previstas na regulamentação em vigor, implicará:**

22.6. **No caso de “prêmio único” com uma só parcela ou fracionado com a primeira parcela não paga, o cancelamento do seguro desde o início de vigência.**

22.7. **No caso de “prêmio único” com fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada a fração prevista na Tabela de Prazo Curto a seguir.**

22.8. Neste caso a Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante legal, expressamente:

a) o novo prazo de vigência ajustado.

b) a nova data de vencimento para a parcela em mora, a fim de regularizar o pagamento do prêmio sem que ocorra o cancelamento da apólice/certificado, caso ainda haja cobertura prevista na Tabela de Prazo Curto.

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação % Entre a Parcela de Prêmio Paga e o Prêmio Total da Apólice	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência Original
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365

Relação % Entre a Parcela de Prêmio Paga e o Prêmio Total da Apólice	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência Original
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

Para percentuais não previstos na Tabela de Prazo Curto deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores. O Segurado terá restabelecido o direito às coberturas contratadas pelo período inicialmente acordado, desde que retome o pagamento do prêmio devido dentro do prazo estabelecido pela Seguradora, ficando sujeito ao pagamento da multa moratória correspondente a 2% (dois por cento) sobre o valor devido, atualizado monetariamente com base na variação do IPCA, e, ainda dos juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, sendo este último encargo aplicado à base “pro-rata temporis”, podendo ser cobrado ainda um valor adicional a título de despesas operacionais, conforme constante da especificação da apólice.

22.9. Findo o novo prazo sem que tenha sido efetuado o pagamento do prêmio, opera-se, de pleno direito, o cancelamento da Apólice.

22.10. No caso do fracionamento do prêmio único, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento, se houver.

22.11. Quando tiver previsto o pagamento do prêmio por meio de consignação em folha, a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmio (s) pago (s) pelo (s) Segurado (s).

Nota: Não serão considerados indenizáveis quaisquer sinistros ocorridos durante o período de suspensão da cobertura da apólice.

23. CANCELAMENTO DAS GARANTIAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DO PRÊMIO MENSAL OU ANUAL

23.1. Quando o custeio do prêmio se der sob a forma mensal ou anual, a falta de pagamento do prêmio, por um período de até 30 (trinta) dias, não acarretará no cancelamento automático do seguro.

23.2. Durante os 30 (trinta) dias mencionados no subitem anterior, as coberturas previstas na Apólice não ficarão prejudicadas.

23.3. O Estipulante ou, quando for o caso, o Segurado, em atraso com o pagamento do prêmio, será notificado para pagamento da parcela do prêmio em mora, acrescida dos encargos contratualmente previstos na Cláusula 17 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES, destas Condições Gerais.

23.4. O não-pagamento da parcela do prêmio dentro do prazo de 30 (trinta) dias de seu atraso acarretará o cancelamento imediato e automático do seguro, não sendo mais permitida a reabilitação das coberturas, sem prejuízo da cobrança, pela Seguradora, dos prêmios vencidos enquanto esteve vigente o seguro.

24. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) Com a morte ou invalidez permanente total do Segurado Principal;
- b) Com o recebimento do Capital Segurado relativo à cobertura de Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença;
- c) Automaticamente, com o cancelamento ou final de vigência da Apólice sem renovação, respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago;
- d) Automaticamente, na data em que houver o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante;
- e) Por solicitação do Segurado, informando que não deseja continuar no seguro;
- f) Quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio mensal ou anual, conforme o caso, observado o disposto na Cláusula 22 – Cancelamento das Garantias por Atraso nos Pagamentos do Prêmio Mensal ou Anual, destas Condições Gerais;
- g) Com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional referido na Cláusula 22 - PAGAMENTO DO PRÊMIO, destas Condições Gerais, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio.
- h) Dos funcionários do(a) Estipulante, afastados permanentemente das suas atividades laborais, em razão de prisão preventiva e/ou também àqueles que já estejam cumprimento de pena privativa de liberdade, em razão de sentença já transitada em julgado e irrecorrível, independentemente da formalização da rescisão do contrato de trabalho pelo Estipulante à Seguradora.

25. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

25.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá (ão) o Segurado ou o (s) Beneficiário (s) informá-lo à Seguradora, logo que o saiba, e comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência por meio dos documentos básicos listados na Cláusula 26 - RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

25.2. A Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias contado do cumprimento, por parte do Segurado, de todas as exigências, para conclusão de regulação e liquidação do sinistro, sendo que, em caso de negativa, informará os motivos que a justifiquem. **A referida contagem será suspensa a partir do momento em que for solicitada documentação complementar, por dúvida fundada e justificada, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas as exigências.**

25.3. Caso não seja observado o prazo previsto acima, os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária conforme definidos na Cláusula 17 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES.

25.4. O pagamento será realizado em parcela única, 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. A indenização também poderá ser realizada em forma de reembolso ou prestação de serviços, quando especificada na cobertura contratada ou combinado entre as partes.

25.4.1. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de vendas da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites estabelecidos na cobertura, atualizadas monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro.

25.4.2. Reconhecida a invalidez laborativa ou funcional, conforme o caso, pela sociedade seguradora, a indenização será paga de uma só vez ou sob a forma de renda certa, temporária ou vitalícia, em prestações mensais, iguais e sucessivas, conforme acordado entre as partes.

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

25.6. Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o Segurado será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo estipulado para liquidação de sinistros previsto nestas condições.

25.7. No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, serão aceitos para liquidação de sinistro os documentos no idioma do país de origem da despesa. O reembolso de despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de capital segurado estabelecido, e observada a regulamentação específica sobre atualização de valores.

26.RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

26.1. Os documentos indicados a seguir são imprescindíveis para o procedimento de regulação de sinistro. Assim, deverão ser encaminhados à Seguradora em suas vias originais ou cópias autênticas, para conclusão do procedimento administrativo:

Documentos Necessários	Morte	IEA	IPA	IFPD	AFM	DCF	RCM	DIP	ILPD	PAED	DEM	DEI	PRD
Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e respectivo(s) médico(s) assistente(s)	X	X			X		X				X		
Cópia da certidão de óbito	X	X			X		X						
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Declaração médica indicando causa mortis, com firma reconhecida	X	X			X		X				X		
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença	X	X			X		X						
Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social	X	X			X		X				X		
Radiografias e exames médicos (quando houver)	X	X			X		X						
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)	X	X			X		X						
Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (quando o Segurado era o condutor do veículo)	X	X			X		X						
Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial	X	X			X		X						
Laudo de dosagem alcoólica e/ou exame toxicológico (quando houver)	X	X			X		X						
Laudo de exame cadavérico (IML)	X	X			X		X						
Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver (em caso de morte por carbonização)	X	X			X		X						
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente		X	X					X	X	X		X	
Carteira de trabalho do Segurado e ficha de registro do funcionário na empresa		X	X	X		X		X	X	X		X	
Documento que comprove a ocorrência do acidente: Boletim Ocorrência (BO) ou Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)		X	X					X				X	
Laudo de exame de corpo de delito (IML)		X	X									X	
Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (quando Segurado era o condutor do veículo)		X	X									X	
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez		X	X									X	
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado		X	X									X	
Declaração médica constatando a doença, seu prognóstico e período estimado do afastamento								X					
Cópia das 3 (três) últimas relações mensais do FGTS ou documentos contábeis que demonstrem retiradas de pró-labore pelo Segurado								X					

Documentos Necessários	Morte	IEA	IPA	IFPD	AFM	DCF	RCM	DIP	ILPD	PAED	DEM	DEI	PRD
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente sendo que: - deve constar declaração médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro); e - deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre como quadro clínico incapacitante, na forma definida na Cláusula 4 destas Condições Gerais.				X									
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 inviabilize o pleno exercício das relações autônomas do Segurado; ocasione e justifique a				X									
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				X									
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado e pelo médico assistente, constando declaração médica indicando a data da constatação da Invalidez Permanente Total por Doença Congênita do Filho (data do sinistro)						X							
Cópia do último holerite do Segurado Principal (quando o capital for múltiplo de salário)						X							
Cópia da Certidão de Nascimento do filho diagnosticado com a doença congênita						X							
Relatório do médico-assistente do Segurado, detalhando a data do diagnóstico, tratamentos instituídos e evolução da doença congênita do filho						X							
Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data						X							
Relatório médico devidamente preenchido, assinado, carimbado e com firma reconhecida pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença e o grau da invalidez, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem como a data da caracterização da Invalidez Laborativa e ou Profissional (conforme o caso)									X	X			
Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, quadro clínico incapacitante irreversível									X	X			
Aviso de Sinistro assinado pelo Segurado													X

Documentos Necessários	Morte	IEA	IPA	IFPD	AFM	DCF	RCM	DIP	ILPD	PAED	DEM	DEI	PRD
Cópia autenticada da Carteira de Trabalho (CTPS): página da foto, página da qualificação civil, página da última admissão e dispensa, página posterior em branco e da página que comprove o recebimento do Seguro Desemprego, se houver													X
Cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho homologado, com a discriminação das verbas rescisórias													X
Autorização e comprovantes de recebimento do FGTS													X

Documentos dos Beneficiários	Morte	IEA	IPA	IFPD	AFM	DCF	RCM	DIP	ILPD	PAED	DEM	DEI	PRD
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), quando maior(es) de 18 (dezoito) anos, ou certidão de nascimento, quando menor(es) de 18 anos	X	X			X		X				X		
No caso de beneficiários incapazes: - menores sujeitos ao poder familiar: RG e CPF do pai e da mãe; - menores sujeitos à tutela: apresentação de termo de tutela e RG e CPF; - maiores de idade: apresentação de termo de curatela e RG e CPF do curador.	X	X			X		X				X		
Em caso de Companheiro(a), documentos comprobatórios qualidade de companheiro do Segurado, no momento do sinistro	X	X			X		X				X		
Declaração de único(s) herdeiro(s) com 2 testemunhas, com firma reconhecida de todos os signatários e cópia do RG e CPF das testemunhas	X	X			X		X				X		

26.2. A responsabilidade pelo pagamento das indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora, não se estabelecendo nenhuma relação neste sentido com o Estipulante.

27. JUNTA MÉDICA

27.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade, ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Gerais, será proposta formalmente ao Segurado, a constituição de junta médica, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação.

27.2. A referida junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

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

28. TRANSFORMAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EM RENDA

28.1. As indenizações pela cobertura de Morte ou pelas coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença podem ser pagas integral ou parcialmente, sob a forma

de renda certa em prestações mensais, iguais e sucessivas, conforme acordado entre as Partes, desde que tenha havido opção expressa do Segurado neste sentido, devendo ser estabelecido pelas Partes o valor da renda mínima inicial nas Condições Contratuais.

28.2. O valor de cada parcela deve ser calculado utilizando-se a taxa de juros definida nas Condições Contratuais, limitada a 6% (seis por cento) ao ano, na forma da Tabela Price, e atualizado anualmente a partir da data de sua concessão, com base no índice definido na Cláusula 17 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES, destas Condições Gerais, acrescido do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda.

28.3. Para as indenizações sob a forma de renda será (ão) constituída (s) a (s) provisão (ões) matemática (s) de acordo com a legislação vigente.

28.4. O Segurado se compromete a se submeter a exames e/ou perícia médica solicitados pela Seguradora, para a concessão ou manutenção de quaisquer dos benefícios garantidos por esta Cláusula.

28.5. Caso o Segurado venha a falecer durante o período de pagamento da renda, fica garantido pela Seguradora o pagamento imediato do restante do Capital Segurado da Cobertura ao (s) Beneficiário (s).

28.6. Se o estado de invalidez do Segurado cessar antes do término do pagamento das rendas contratadas, o Segurado poderá ser reincluído no seguro, a critério da Seguradora.

29. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

29.1. Conforme estabelecido nos artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro, além dos casos previstos em Lei, o Segurado perderá o direito às garantias e coberturas previstas neste Contrato de Seguro e respectiva Apólice, ficando a Seguradora isenta de qualquer obrigação deles decorrente, sujeitando-se o Segurado, ainda, às sanções previstas na legislação e no Contrato de Seguro, se ele e/ou seu representante legal ou Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, ficando ainda obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

29.2. Sendo apuradas declarações inexatas ou omissões de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, o Segurado perderá o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

29.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá:

I Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

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

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

b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

III Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado: após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

29.4. O Segurado também perderá o direito ao pagamento do Capital Segurado com base no presente seguro, caso haja por parte dele, seu (s) representante (s) e/ou seu (s) Beneficiário (s):

a) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;

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

c) Não-fornecimento da documentação solicitada; e

d) Agravamento intencional do risco objeto do contrato, conforme previsto no Código Civil Brasileiro.

Caso ocorra incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, o Segurado deverá comunicar o fato à Seguradora, logo que saiba, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado, pela Seguradora, que silenciou de má fé.

29.5. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo segurado, poderá, mediante comunicação formal:

- a) cancelar o seguro;
- b) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou
- c) cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

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

29.7. Verificada a inobservância do segurado quanto a obrigação de comunicar à esta Seguradora sobre a inclusão ou exclusão, sua ou de seus beneficiários de indenização e/ou locais de sinistro, em listas de embargos e sanções nacionais ou internacionais, ficará caracterizada a PERDA DE DIREITOS a quaisquer indenizações ou restituições previstas nesse contrato de seguro.

30. CANCELAMENTO DO SEGURO

Este Contrato de Seguro, além das demais situações previstas nas Condições Gerais, excetuadas as hipóteses previstas em lei, poderá ser rescindido total ou parcialmente, a qualquer momento, a pedido do Segurado ou a critério da Seguradora, mediante concordância recíproca das partes e desde que tal intenção seja comunicada à parte contrária, observados os seguintes critérios:

a) Por iniciativa do Segurado:

Na hipótese de rescisão por iniciativa do Segurado, a Seguradora reterá, além do prêmio recebido proporcional ao período coberto calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto constante da Cláusula 22 - destas Condições Gerais, também o IOF (Imposto sobre Operações Financeiras). Para percentuais não previstos na referida Tabela de Prazo Curto, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

b) Por iniciativa da Seguradora:

Em caso de mora e inadimplemento do Segurado de suas obrigações contratuais, agravamento do risco ao bem segurado e/ou inobservância de quaisquer cláusulas e condições previstas no Contrato de Seguro e sua respectiva Apólice, nos quais não tenha ocorrido má-fé, culpa e/ou dolo do Segurado: a Seguradora reterá o prêmio recebido proporcional ao período vigente das coberturas contratadas, calculado na *base pro-rata temporis* pelo tempo decorrido desde o início de vigência da Apólice, acrescido do IOF devido.

30.1. 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) Se o Estipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
- b) Se ocorrerem infrações ou fraudes praticadas pelo Estipulante, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro;
- c) Com a extinção do Estipulante como pessoa jurídica ou sua inabilitação determinada por órgão competente, a que este estiver vinculado;
- d) Com a morte do Estipulante, no caso de este ser pessoa física.

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

- a) Por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;
- b) Pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante a cláusula Pagamento do Prêmio;
- c) Se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;

d) Quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva para com a Seguradora.

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

31.SUSPENSÃO DE COBERTURA

31.1. Havendo, em meio a vigência da apólice, a inclusão ou exclusão do segurado, de seus beneficiários de indenização ou locais de origem, destino ou transbordo, ou ainda o objeto segurado nas listas de embargos e sanções, deverá o segurado informar tempestivamente à esta seguradora a data de inclusão e/ou exclusão sob pena de perda de direito à cobertura de seguro e, por consequência, a quaisquer indenizações ou restituições previstas nesse contrato de seguro.

31.2. Mediante a comunicação do Segurado, as coberturas desse seguro estarão suspensas para o segurado e para seus beneficiários no período em que os mesmos estiverem inclusos em listas de sanções e embargos desde às 24 horas do dia da inclusão até às 24 horas do dia da exclusão ou eventual solução judicial.

31.3. Na hipótese do segurado ou seus beneficiários de indenização serem incluídos em listas de embargos e sanções nacionais ou internacionais, em meio a liquidação de um sinistro reclamado, o pagamento de indenizações ou reembolsos de despesas ficará suspenso, até que ocorra a superação do referido embargo ou até que ocorra decisão da Corte Suprema brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para esse fim, mediante consulta a ser efetuada por esta Seguradora.

31.4. Desta forma, deve o Segurado, nas situações nas quais vier a ser foi incluído em listas de embargos e sanções nacionais ou internacionais, informar tempestivamente a Seguradora as datas de ingresso e exclusão das referidas listas.

32.OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;**
- b) 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;**
- c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;**
- d) Discriminar o valor do Prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;**
- e) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;**
- f) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato, quando for diretamente responsável pela sua administração;**
- g) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;**
- h) Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;**
- i) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;**
- j) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;**
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e**

l) 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 seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do próprio Estipulante.

33. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do seguro.

34. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

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

“Artigo 800

No seguro de pessoas, o Segurador não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado, ou do Beneficiário, contra o causador do sinistro. ”

35. CLÁUSULAS SUPLEMENTARES

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

36. RATIFICAÇÃO

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

37. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado ou do (s) Beneficiário (s) com fundamento no presente seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

38. FORO

O foro competente para as questões judiciais do presente contrato é o da comarca de domicílio do Segurado, ou de seu beneficiário, se for o caso.

39. DISPOSIÇÕES FINAIS

Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de seu vencimento, independentemente do tempo de relação contratual.

CLÁUSULAS SUPLEMENTARES

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGES

1. INCLUSÃO

Para fins desta Cláusula, poderão ser incluídos no presente seguro os cônjuges dos Segurados Principais, nas seguintes formas.

a) Automática: todos os cônjuges dos Segurados Principais farão parte da Apólice e participarão do seguro nas coberturas disponíveis nesta cláusula, na proporção de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado do Segurado Principal; ou

b) Facultativa: os Segurados Principais deverão optar pela inclusão do cônjuge, os quais, uma vez incluídos, participarão do seguro nas coberturas disponíveis nesta cláusula, na proporção de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado do Segurado Principal.

2. CONCEITOS

2.1. Equipara-se ao cônjuge a (o) companheira (o) do Segurado Principal, desde que comprovada documentalmente no momento do sinistro a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

2.2. Não podem ser incluídos no seguro, na qualidade de Segurados Dependentes, seja na forma automática ou na facultativa, os cônjuges e companheiros que já ostentem a qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice.

2.3. Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge.

2.4. Desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, estarão automaticamente canceladas as coberturas contratadas para o Segurado Dependente incluído na condição de cônjuge, independente desse fato ter sido ou não comunicado pelo Segurado Principal à Seguradora, e de ter havido pagamento de prêmio.

2.5. No caso previsto no subitem anterior, os eventuais prêmios pagos serão devolvidos atualizados monetariamente com base no IPCA, desde a data de pagamento até a sua efetiva restituição.

3. LIMITE DE CAPITAL

Os Capitais Segurados das coberturas do cônjuge não poderão, em hipótese alguma, ser superiores a 100% (cem por cento) dos Capitais Segurados do respectivo Segurado Principal, aplicando-se a este seguro o critério constante nas declarações da Apólice.

4. COBERTURAS DESTA CLÁUSULA

As coberturas disponíveis para contratação nesta Cláusula são:

- a) Morte ou
- b) Morte Acidental;
- c) Indenização Especial por Morte Acidental (IEA);
- d) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);

5. INÍCIO DA COBERTURA

A cobertura dos riscos individuais previstos nesta Apólice começará a vigorar:

- a) Na data do início da cobertura do risco individual do Segurado Principal, para os cônjuges admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo;
- b) Na data da contratação desta Cláusula ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as Partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice, se esta Cláusula for contratada após o início de vigência da Apólice, sem pagamento de prêmio;
- c) Às 24 (vinte e quatro) horas da data da contratação, se esta Cláusula for contratada após o início de vigência da Apólice e houver adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

6. BENEFICIÁRIOS

6.1. A indenização por Morte devida por esta Cláusula Suplementar será paga ao Segurado Principal.

6.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO DO SEGURADO DEPENDENTE

A inclusão dos Segurados Dependentes cessará automaticamente:

- a) **Com o cancelamento do seguro do Segurado Principal, qualquer que seja a causa;**

- b) Com o fim da condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora;
- c) Por solicitação do Segurado Principal;
- d) Com a inclusão do Dependente no seguro, na condição de Segurado Principal.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS

1. INCLUSÃO

1.1. Para fins desta cláusula, incluem-se neste seguro os filhos dos Segurados Principais de forma automática, ou seja, todos os filhos dos Segurados Principais farão parte da apólice e participarão do seguro nas garantias de Morte ou Morte Acidental, de acordo com o plano escolhido, na proporção de até 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado do Segurado Principal, limitado a R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), **exceto na hipótese de menores de 14 (catorze) anos, hipótese em que somente participarão das coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.**

1.2. Para filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta cláusula suplementar destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

1.3. Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta Cláusula.

2. CONCEITOS

2.1. São considerados filhos do Segurado Principal, para fins desta Cláusula, os seguintes dependentes econômicos do mesmo:

- a) O filho (a) e o enteado (a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente declarado no Imposto de Renda como dependente;
- b) O filho(a) e o enteado(a) com até 24 anos completos quando universitário e declarado no Imposto de Renda como dependente;
- c) O irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um) anos, desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e
- d) O absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

2.2. **Não podem ser incluídos no seguro, na qualidade de Segurados Dependentes, seja na forma automática ou na facultativa, os filhos que já ostentem a qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice.**

2.3. **Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu filho.**

3. LIMITE DE CAPITAL

3.1. Os Capitais Segurados das coberturas do filho não poderão exceder em hipótese alguma ao limite constante das declarações da Apólice.

3.2. **Na hipótese de falecimento de Segurado menor de 14 (quatorze) anos, a indenização destina-se exclusivamente ao reembolso de despesas com funeral, limitada ao Capital para esta cobertura, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, as quais podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios.**

3.2.1. **Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

4. COBERTURAS DESTA CLÁUSULA

As coberturas desta Cláusula são as constantes das declarações da Apólice.

5. INÍCIO DA COBERTURA

A cobertura dos riscos individuais previstos nesta Apólice começará a vigorar:

- a) Na data do início da cobertura do risco individual do Segurado Principal, para os filhos admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo;
- b) Na data da contratação desta Cláusula ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as Partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice, se esta for contratada após o início de vigência da Apólice, sem pagamento de prêmio;
- c) Às 24 (vinte e quatro) horas da data da contratação, se esta Cláusula for contratada após o início de vigência da Apólice e houver adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

6. BENEFICIÁRIOS

6.1. A indenização por Morte devida por esta Cláusula Suplementar será paga ao Segurado Principal.

6.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO DO SEGURADO DEPENDENTE

A inclusão dos Segurados Dependentes cessará automaticamente:

- a) Com o cancelamento do seguro do Segurado Principal, qualquer que seja a causa;
- b) Com o fim da condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora;
- c) Por solicitação do Segurado Principal;
- d) Com a inclusão do Dependente no seguro, na condição de Segurado Principal.

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.
- 1.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

2. ÂMBITO GEOGRÁFICO

O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição em contrário discriminado nas Condições Contratuais ou no Certificado Individual do Seguro.

3. OBJETIVO

3.1. O presente seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou aos seus Beneficiários o pagamento de uma importância em dinheiro ou sob a forma de reembolso ou prestação de serviços, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado a seguir, desde que contratadas pelo Estipulante, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e do Contrato.

3.2. As coberturas deste seguro dividem-se em:

3.2.1. Coberturas Básicas:

- a) Morte Acidental (MA);
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

3.2.2. Coberturas Adicionais:

- a) Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO) – efetuadas pelo Segurado
- b) Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO) – efetuadas pelo cônjuge ou companheiro (a)
- c) Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT)
- d) Diárias de Internação Hospitalar em Decorrência de Acidente Pessoal (DIHA)
- e) Despesa Extra por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (DEI)

3.3. Este seguro prevê ainda a possibilidade de contratação das seguintes cláusulas suplementares:

- a) Inclusão de Cônjuge;
- b) Inclusão de Filhos.

3.4. O Estipulante deverá informar no formulário denominado Proposta de Seguro quais coberturas serão contratadas, sendo pelo menos uma das básicas obrigatória e as demais facultativas. As coberturas adicionais não poderão ser contratadas isoladamente.

4. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Este seguro é de contratação coletiva.

5. CONCEITO DAS COBERTURAS

5.1. Morte Acidental (MA)

5.1.1. RISCOS COBERTOS

5.1.1.1. Quando contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

5.1.1.2. Esta cobertura, para Segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser

substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, **não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.**

5.1.2. CARÊNCIA

5.1.2.1. O período de carência será estipulado na apólice ou certificado do seguro, respeitado o limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro. O período de carência não pode ultrapassar 2 (dois) anos.

5.1.2.2. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.

5.1.2.3. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

5.1.2.4. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na apólice de seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

5.1.2.5. A Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza ocorridos durante o prazo de carência.

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

5.1.3. FRANQUIA

Não há franquia para esta cobertura.

5.1.4. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.

5.1.5. RISCOS EXCLUÍDOS

Consideram-se como excluídos deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação radiativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

b) de ato de operação de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha ou revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou qualquer perturbações da ordem pública e delas decorrentes exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

De doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro, com exceção dos itens abaixo:

i. que forem de conhecimento do segurado e tenham sido declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta de contratação ou de adesão;

ii. que não forem de conhecimento do segurado quando da formalização da proposta de contratação ou de adesão ou ainda;

iii. quando não existir obrigatoriedade do preenchimento da declaração pessoal de saúde.

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

d) de suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso. Este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando, tecnicamente, a devolução de prêmio ou reserva caso ocorra suicídio durante o período de exclusão da cobertura.

e) de danos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;

f) da prática, por parte do Segurado, de atos contrários à Lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;

g) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;

h) indenizações ou prejuízos decorrente de acordo ou condenação judicial por danos morais ou estéticos.

Também não se encontram cobertos por nenhuma das garantias do presente seguro:

- a) as doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite, etc), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;
- d) o parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;
- e) o choque anafilático e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;
- f) 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 sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

Cláusula de Exclusão Embargos e Sanções: estão excluídos da cobertura deste seguro todos e quaisquer riscos cuja cobertura e/ou eventual pagamento da respectiva indenização securitária, implicaria na obrigação da Seguradora de atuar de forma a atrair, em razão de embargos e sanções comerciais e econômicos, ações punitivas para a Seguradora, seu grupo econômico e administradores, por parte dos Estados Unidos da América, do Reino Unido, da União Europeia conforme descrito nas listas de embargos e sanções a seguir:

a) Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>

b) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>

Estão ainda excluídos da cobertura dessa Apólice, todos e quaisquer riscos cujo imediato pagamento da respectiva indenização securitária esteja vedado, por embargos e sanções comerciais e econômicos internacionais impostos por entidades multilaterais integradas pelo Brasil, tais como, mas não se limitando, o GAFI (Grupo de Ação Financeira contra a Lavagem de Dinheiro e o Financiamento do Terrorismo) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

5.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

5.2.1. RISCOS COBERTOS

Quando contratada, garante ao Segurado o pagamento de uma indenização quando ocorrer a sua invalidez permanente por acidente, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

5.2.2. RISCOS EXCLUÍDOS

Consideram-se como excluídos deste seguro os eventos relacionados no subitem da cobertura básica Morte desta Cláusula.

5.2.3. CARACTERIZAÇÃO

5.2.3.1. Como invalidez permanente por acidente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada exclusivamente por acidente pessoal coberto.

5.2.3.2. 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, estipulada de acordo com os percentuais estabelecidos na Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente, constante no subitem destas Condições Gerais.

5.2.3.3. Na perda parcial, ficando reduzida(s) a(s) função(ões) do(s) membro(s) ou órgão lesado(s), a indenização será calculada pela aplicação do grau de redução funcional apresentado sobre a percentagem prevista na tabela para sua perda total. O percentual final apurado será aplicado ao Capital Segurado correspondente à cobertura de invalidez.

5.2.3.4. Na falta de indicação de percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau de redução - máximo, médio e mínimo - a indenização será calculada na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

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

5.2.3.6. Quando o 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 membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.

5.2.3.7. A perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito à indenização, salvo quando previamente declarado na Proposta de Seguro ou em adendo à mesma, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.

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

5.2.3.9. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.

5.2.3.10. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

5.2.4. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado ou sua invalidez total e permanente em consequência do mesmo acidente, será deduzido, do valor do Capital Segurado a ser pago, o valor já indenizado.

5.2.5. REINTEGRAÇÃO

Após cada acidente, o Capital Segurado relativo a esta cobertura será reintegrado automaticamente sem cobrança de prêmio adicional, salvo nos casos de invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

5.2.6. FRANQUIA OU CARÊNCIA

Não há carência ou franquia para esta cobertura.

Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
PARCIAL DIVERSAS	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a $\frac{1}{3}$ do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, equivalente $\frac{1}{2}$, e dos demais dedos, equivalentes a $\frac{1}{3}$ do respectivo dedo.		

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
	- De 3 (três) centímetros	06
	- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	
DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	10
	Em grau médio	20
	Em grau máximo	30
	NARIZ	
	Perda total do nariz	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	07
	Unilateral com fistulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fistulas	25
	Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
	Ectrópio unilateral	03
	Ectrópio bilateral	06
	Entrópio unilateral	07
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Má oclusão palpebral bilateral	06
	Ptose palpebral unilateral	05
	Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total da língua	50
	Parcial (menos de 50%)	15
	(mais de 50%)	30
	SISTEMA AUDITIVO	
	Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16	
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
	A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
	Perda do Baço	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim	
	Função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
DIVERSAS	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	10
	Perda de dois testículos	30
	Amputação traumática do pênis	50
	Perda do útero antes da menopausa	40
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PAREDE ABDOMINAL	
	Hérnia traumática	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Paralisia de um corda vocal	10
	Paralisia de duas cordas vocais	30
	Traqueostomia definitiva	40
	TÓRAX	
	Aparelho Respiratório	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
	Função respiratória preservada	15
	Redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Redução em grau médio da função respiratória	50
	Insuficiência respiratória	75
	MAMAS	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDÔMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva.	40
DIVERSAS	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colostomia definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Extirpação da vesícula biliar	07
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20	
Síndrome pós-concussional	05	

5.3. Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO) – efetuadas pelo Segurado

5.3.1. RISCOS COBERTOS

Quando contratada, garante ao próprio Segurado, até o valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, desde que iniciado nos primeiros 30 (trinta) dias contados da data do acidente pessoal coberto, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

5.3.2. RISCOS EXCLUÍDOS

5.3.2.1. Além dos riscos mencionados no subitem da cobertura básica Morte, estão, ainda, excluídas da cobertura de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO) as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica), bem como quaisquer 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 em consequência de acidente coberto.

5.3.2.2. 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 de ocorrência do sinistro.

5.3.2.3. O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes Seguradoras.

5.3.2.4. Como tratamento considera-se inclusive a internação hospitalar a critério do médico assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, ultra-sonografia tomografia computadorizada, medicamentos,

sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório, bem como despesas de pronto-socorro, assistência de enfermeiro(s) diplomado(s) e honorário(s) médico(s) e dentista(s).

5.3.2.5. 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.

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

5.3.2.7. A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

5.3.2.8. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

5.3.3. REINTEGRAÇÃO

Após cada evento em que houver reembolso de despesas médicas hospitalares, o Capital Segurado relativo a esta cobertura será reintegrado automaticamente sem cobrança de prêmio adicional, salvo nos casos de despesas médicas hospitalares efetuadas pelo Segurado para seu tratamento decorrentes, direta ou indiretamente, do mesmo acidente.

5.3.4. FRANQUIA

5.3.4.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em reais (R\$) e será aplicada sobre o valor total dos prejuízos indenizáveis.

5.3.4.2. O Segurado ficará responsável pelo respectivo valor previsto de franquia estipulado na apólice ou certificado do seguro.

5.3.5. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações por Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente seguro, isto é, se em consequência de 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 cobertura de DMHO, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez a indenização paga por DMHO.

5.4. Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO) – efetuadas pelo cônjuge ou companheiro (a)

5.4.1. RISCOS COBERTOS

Quando contratada, garante até o valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo cônjuge ou companheiro (a) do Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, desde que iniciado nos primeiros 30 (trinta) dias contados da data do acidente pessoal coberto, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

5.4.2. RISCOS EXCLUÍDOS

5.4.2.1. Além dos riscos mencionados no subitem da cobertura básica Morte, estão, ainda, excluídas da cobertura de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO) as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica), bem como quaisquer 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 em consequência de acidente coberto.

5.4.2.2. 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 de ocorrência do sinistro.

5.4.2.3. O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes Seguradoras.

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

5.4.2.5. 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 cônjuge ou companheiro (a) do Segurado.

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

5.4.2.7. A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

5.4.2.8. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o cônjuge ou companheiro (a) do Segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

5.4.3. REINTEGRAÇÃO

Após cada evento em que houver reembolso de despesas médicas hospitalares, o Capital Segurado relativo a esta cobertura será reintegrado automaticamente sem cobrança de prêmio adicional, salvo nos casos de despesas médicas hospitalares efetuadas pelo cônjuge ou companheiro (a) do Segurado para seu tratamento decorrentes, direta ou indiretamente, do mesmo acidente.

5.4.4. FRANQUIA

5.4.4.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em reais (R\$) e será aplicada sobre o valor total dos prejuízos indenizáveis.

5.4.4.2. O Segurado ficará responsável pelo respectivo valor previsto de franquia estipulado na apólice ou certificado do seguro.

5.4.5. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações por Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas (DMHO)- cônjuge ou companheiro (a) são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente seguro coberto pelo seguro e quando contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuges. Se em consequência de 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 cobertura de DMHO, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez a indenização paga por DMHO.

5.4.6. RATIFICAÇÃO

Ratificando-se demais termos e condições da CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGES destas condições.

5.5. Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT)

5.5.1. RISCOS COBERTOS

Quando contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de diárias em caso de necessidade de afastamento de sua atividade profissional, decorrente de acidente coberto, por um prazo superior ao período de franquia e limitado ao número de diárias contratadas estabelecidas nas Condições Contratuais e informadas na Proposta de Adesão e no Certificado Individual de Seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, observados as demais cláusulas destas Condições Gerais.

5.5.2. RISCOS EXCLUÍDOS

Consideram-se como excluídos deste seguro os eventos relacionados no subitem da cobertura básica Morte desta Cláusula.

5.5.3. CARACTERIZAÇÃO

- a) Caracteriza-se a incapacidade temporária quando ocorrer a impossibilidade contínua e ininterrupta do Segurado exercer a sua atividade profissional durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.
- b) A incapacidade deverá ser comprovada mediante laudo médico e exames complementares.
- c) O valor de cada diária será estabelecido nas Condições Contratuais da Apólice e no Certificado Individual do Seguro, respeitados os limites indicados nesta cláusula.
- d) Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada e estabelecidas nas Condições Contratuais da Apólice e no Certificado Individual do Seguro.
- e) O limite máximo é de 360 (trezentos e sessenta) diárias.
- f) As diárias serão pagas ao Segurado à medida que se tornem devidas, a cada 30 (trinta) dias.

5.5.4. FRANQUIA

O período da franquia em dias será estipulado na apólice ou certificado do seguro, e corresponde a dias ininterruptos por evento, contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado por determinação médica. **Durante o período de Franquia o Segurado não terá direito ao recebimento de diárias.**

5.5.5. REINTEGRAÇÃO

Após cada evento em que houver pagamento de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente, o Capital Segurado relativo a esta cobertura será reintegrado automaticamente sem cobrança de prêmio adicional, salvo nos casos de pagamento de diárias decorrente direta ou indiretamente do mesmo acidente.

5.5.6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade por acidente, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações. Caso o Segurado esteja recebendo diárias e sua incapacidade temporária evolua para uma Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) devidamente comprovada, **o pagamento das diárias será imediatamente cancelado.**

5.6. Diárias de Internação Hospitalar em Decorrência de Acidente Pessoal (DIHA)

5.6.1. DEFINIÇÕES

Caracteriza-se como internação hospitalar a permanência do Segurado em uma Instituição Hospitalar coberta pelo período superior a 12 (doze) horas, a qual será comprovada mediante a cobrança de pelo menos 01 (uma) diária hospitalar.

5.6.2. RISCOS COBERTOS

A contratação desta cobertura está condicionada a contratação da cobertura de Morte Acidental e, quando contratada e pago o respectivo prêmio, garante o pagamento de um valor diário fixo, pagável para cada dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar, desde que decorrente de acidente pessoal coberto, por um prazo superior ao período de franquia e limitado ao número de diárias contratadas estabelecidas nas Condições Contratuais e informadas na Proposta de Adesão e na Apólice de Seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas desta Cobertura Adicional, das Condições Gerais e do Contrato.**

5.6.3. RISCOS EXCLUÍDOS

5.6.3.1. Além dos riscos expressamente excluídos no subitem da cobertura básica Morte desta Cláusula, estão também excluídos da cobertura de Diárias por Internação Hospitalar em Decorrência de Acidente Pessoal as internações em instituições com as características abaixo relacionadas:

- a) instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidade psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de hospitais;
- b) local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;
- c) clínicas ou local para recuperação de dependentes de álcool e drogas;
- d) instituições de saúde hidroterápica ou clínica de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial usada primordialmente como lugar para dependentes de álcool e drogas, ou como instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitação; e
- e) clínicas para emagrecimento e SPA.

5.6.3.2. Exclusões por Condições Médicas Pré-existentes:

- a) a hospitalização resultante de acidente pessoal de conhecimento prévio do Segurado somente estará coberta após ele ter permanecido neste seguro durante um período contínuo de 12 (doze) meses;
- b) uma condição médica pré-existente significa uma lesão em função da qual o Segurado tenha recebido tratamento médico, ou recomendação médica para tal, a qualquer momento nos 6 (seis) meses anteriores à data de início deste seguro, ou em que ele saiba ser portador ou sofredor à época da contratação, mesmo que ainda não tenha recebido tratamento médico;
- c) se, durante a vigência desta cobertura, por opção do Segurado Principal, ocorrer o aumento do valor do benefício diário fixo, o mesmo não será considerado no pagamento das indenizações em decorrência de condições médicas pré-existentes à época da solicitação do aumento.

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

5.6.3.4. O valor de cada diária será estabelecido nas Condições Contratuais da Apólice e no Certificado Individual do Seguro.

5.6.3.5. Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada e estabelecidas nas Condições Contratuais da Apólice e no Certificado Individual do Seguro.

5.6.3.6. O limite máximo é de 365 (trezentos e sessenta) diárias.

5.6.3.7. A Seguradora somente efetuará o pagamento ao Segurado das diárias quando o período de internação do segurado for superior ao período de franquia informado no Certificado de Seguro Individual.

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

5.6.4. FRANQUIA

O período da franquia em dias será estipulado na apólice ou certificado do seguro, e corresponde a dias ininterruptos por evento, contado a partir da data do afastamento das atividades laborativas do Segurado por determinação médica. **Durante o período de Franquia o Segurado não terá direito ao recebimento de diárias.**

5.6.5. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.

5.6.6. CARÊNCIA

5.6.6.1. O período de carência será estipulado na apólice ou certificado do seguro, respeitado o limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro. **O período de carência não pode ultrapassar 2 (dois) anos.**

5.6.6.2. **Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.**

5.6.6.3. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

5.6.6.4. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na apólice de seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

5.6.6.5. A Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza ocorridos durante o prazo de carência.

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

5.6.7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

As indenizações por Diárias de Internação Hospitalar não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade por acidente, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações. Caso o Segurado esteja recebendo diárias de internação hospitalar e sua incapacidade temporária evolua para uma Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) devidamente comprovada, **o pagamento das diárias será imediatamente cancelado.**

5.7. Despesa Extra por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (DEI)

5.7.1. RISCOS COBERTOS

A contratação desta cobertura está condicionada a contratação da cobertura de Morte e, quando contratada e pago o respectivo prêmio, garante o pagamento de uma verba adicional, até o limite estipulado na apólice em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Segurado principal, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observados os demais itens desta Cláusula e das Condições Gerais do seguro.**

5.7.2. RISCOS EXCLUÍDOS

Consideram-se como excluídos desta cobertura os eventos previstos no subitem da cobertura básica Morte desta Cláusula.

5.7.3. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

A indenização por Despesa Extra por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (DEI) se acumula com qualquer outra cobertura contratada e por ocasião de sinistros decorrentes do mesmo evento.

5.7.4. REINTEGRAÇÃO

Quando a soma das indenizações pagas em razão dos sinistros ocorridos atingir ou ultrapassar o limite do Capital Segurado, a cobertura será automaticamente cancelada, não havendo reintegração do Capital Segurado.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

Todas as exclusões deste seguro, inclusive as específicas de cada cobertura, encontram-se na CLÁUSULA 5 - CONCEITO DAS COBERTURAS, informadas logo após os riscos cobertos.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. A contratação/alteração do seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

7.2. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias contados da transmissão ou protocolo da proposta física, para sua análise e aceitação ou recusa, na qual deverão constar, obrigatoriamente, entre outros dados, os elementos essenciais do Segurado, dos Beneficiários, do objeto do seguro e do risco. Quando constatada a necessidade de informações e/ou documentos complementares para possibilitar a melhor análise do risco proposto, o referido prazo será suspenso até a data em que ocorrer a entrega das informações ou documentos solicitados.

7.3. Durante o período de análise será garantida cobertura provisória do risco segurado. Em caso de recusa do risco, haverá comunicação ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros e a cobertura provisória será encerrada imediatamente. De qualquer forma, eventuais sinistros ocorridos durante o período de cobertura provisória apenas serão atendidos se o evento estiver amparado pelas Condições Gerais do produto e o sinistro for considerado como regular.

7.4. No caso de aceitação da proposta o período de cobertura provisória será considerado como de efetiva vigência do seguro.

7.5. A ausência de manifestação da Seguradora quanto à aceitação ou recusa da proposta, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da mesma.

7.6. Recebida a Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante, caso aceita e havendo adesão do número mínimo de Segurados, será emitida a Apólice e incluídos os proponentes, conforme disposto no contrato:

- a) através de mídia magnética, em *layout* e formato fornecidos pela Seguradora ao Estipulante contendo no mínimo nome completo, data de nascimento, sexo, documento de identificação, valor do Capital Segurado e prêmio;
- b) deverá(ao) acompanhar a informação ora citada, a(s) respectiva(s) Proposta(s) de Adesão e a Declaração Pessoal de Saúde, devidamente preenchida(s) e assinada(s) pelo(s) proponente(s);
- c) a referida proposta de adesão escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco individual;
- d) a Seguradora fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento, e fará a análise de aceitação ou recusa da Proposta de Adesão de acordo com a Cláusula 9 - Aceitação e Inclusão de Segurados destas Condições Gerais.
- e) caso a Proposta de Adesão seja aceita, a Seguradora enviará o certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações.

7.7. 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.

7.8. O não-recebimento da movimentação mensal implicará no faturamento com base na fatura do mês anterior, devendo as exclusões ou inclusões de Segurados e acertos dos valores devidos regularizados na fatura subsequente.

7.9. A não-aceitação da Proposta de Seguro, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de prêmio eventualmente efetuado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo índice estabelecido no contrato, conforme legislação vigente.

7.10. Qualquer alteração no contrato de seguro somente poderá ser feita mediante acordo entre Seguradora e Estipulante, seu representante legal ou por corretor de seguros, observadas as condições estabelecidas neste item e, desde que acarretem ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, mediante anuência que representem 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

7.11. São documentos do presente seguro a proposta, a Apólice com os respectivos anexos e o documento de cobrança devidamente quitado.

7.12. 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 dos itens desta cláusula.

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

8.1. A Apólice terá seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas da(s) data(s) definida nas Condições Contratuais.

8.2. A Seguradora providenciará a emissão da Apólice ou do endosso, a partir da data da aceitação da Proposta de Seguro.

8.3. Nas propostas de seguro recepcionadas sem pagamento de 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.

8.4. Nas propostas de seguros recepcionadas com adiantamento do prêmio, total ou parcial, o seu início de vigência será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que a Seguradora receber a proposta assinada pelo Estipulante.

8.5. A renovação do seguro somente será realizada quando o Segurado, seu representante e/ou o Corretor de Seguros manifestar à Seguradora sua intenção de renovar a apólice, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias antes do final da vigência do seguro, sendo que a aceitação do risco estará sujeita a análise da Seguradora.

8.6. Poderá, se assim desejado pelo Segurado, seu representante e/ou o Corretor de Seguros ocorrer a renovação do seguro de forma automática, uma única vez e pelo mesmo prazo, ao término da vigência original.

8.7. Não havendo interesse na renovação automática pelo Segurado, estipulante ou pela Seguradora, deverá haver comunicação mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

8.8. No caso de não renovação da apólice coletiva, as coberturas do certificado individual permanecerão em vigor pelo período correspondente aos prêmios já pagos.

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

8.10. Na proposta de renovação se aplicam os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 6 - Aceitação do Seguro destas Condições Gerais.

9. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO

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

9.2. O índice mínimo de adesão para implantação e manutenção da Apólice será fixado em cada caso, na Proposta de Seguro e nas Condições Contratuais.

10. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

10.1. 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 perfeitas condições de saúde; e,
- c) tenham idade dentro dos limites estabelecidos nas Condições Contratuais da Apólice na data do início da vigência do seguro individual.

10.2. A Proposta de 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, os quais deverão obrigatoriamente apresentar as seguintes informações:

- a) dados pessoais;
- b) CPF e, na falta deste, outro documento identificador de âmbito nacional;
- c) declaração ou prova de saúde;
- d) declaração de conhecimento prévio das Condições Gerais do presente contrato;
- e) indicação de seu(s) Beneficiário(s).

10.3. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de subscrição ou aumento no valor do Capital Segurado, informação ao Proponente ou ao Segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

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

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

10.6. É vedada, ao Segurado afastado de sua atividade laborativa, toda e qualquer alteração de Capital após seu afastamento.

11. INÍCIO DA COBERTURA INDIVIDUAL

11.1. O início de vigência do risco individual será o estabelecido a seguir:

- a) os certificados terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicados;
- b) para a Proposta de Adesão ou pedido de endosso sem pagamento de 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;
- c) para a Proposta de Adesão ou pedido de endosso recepcionado com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela Seguradora.

11.2. No início de cada vigência individual do seguro, bem como nos aniversários subsequentes, a Seguradora providenciará a emissão do Certificado Individual do Seguro, com os nomes do Segurado e Dependentes, se for o caso, início e final de vigência do seguro, Capital Segurado e prêmio total, entre outros.

12. CARÊNCIA

12.1. Poderá ser estabelecido prazo de carência para as coberturas previstas neste seguro, a critério da Seguradora.

12.2. O período de carência será estipulado na apólice ou certificado do seguro, respeitado o limite máximo de 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do seguro. O período de carência não pode ultrapassar 2 (dois) anos.

12.3. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.

12.4. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do seguro e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

12.5. Nos casos de aumento do Capital Segurado será restabelecido o prazo de carência estipulado na apólice de seguro. Neste caso, esse período se aplicará somente à parcela do Capital relativa ao aumento.

12.6. A Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza ocorridos durante o prazo de carência.

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

13. FRANQUIA

13.1. A cobertura adicional de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas está sujeita a uma franquia definida em valor fixo, em moeda nacional (R\$) e será aplicada sobre o valor total dos prejuízos indenizáveis.

13.2. A cobertura adicional de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT) terá um período de franquia em dias, contado a partir da data do afastamento de suas atividades profissionais.

13.3. Durante o prazo de franquia, a Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza.

13.4. O Segurado ficará responsável pelo respectivo valor previsto de franquia estipulado na apólice ou certificado do seguro.

14. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

14.1. É facultado ao Segurado indicar livremente o(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais. Na falta da indicação de Beneficiário(s), aplicar-se-á, para efeito de pagamento do Capital Segurado, o disposto no art. 792 do Código Civil Brasileiro.

"Art. 792 - Na falta de indicação de pessoa o de 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.

Parágrafo Único - Na falta das pessoas indicada neste artigo, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência."

14.2. Para fins deste seguro, a(o) companheira(o) será equiparada(o) à(ao) esposa(o), nos casos admitidos pela lei Civil, observado o disposto no artigo 793 do Código Civil Brasileiro

"Art. 793 - É válida a instituição do Companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato."

14.3. Observado o disposto no artigo 791 do Código Civil, é facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir o(s) seu(s) Beneficiário(s), mediante manifestação escrita.

"Art. 791 - Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a cobertura de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade."

14.4. Caso o Segurado não dê ciência à Seguradora da substituição de seu(s) Beneficiário(s) na forma prevista no subitem anterior, a Seguradora se desobrigará pagando o Capital Segurado ao(s) antigo(s) Beneficiário(s).

14.5. No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e Diárias por Incapacidade Pecuniária, previstas nestas Condições Gerais, bem como no caso de morte do Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

14.6. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário.

15. CAPITAL SEGURADO

15.1. Para fins deste seguro, Capital Segurado é a importância máxima, por cobertura contratada, a ser paga ou reembolsada, vigente na data do evento.

15.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- a) nas coberturas básicas de Morte Acidental (MA) e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Despesas Extras por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (DEI), a data do acidente;
- b) na cobertura adicional de Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas, a data das efetivas despesas do Segurado a partir da data do acidente.
- c) na cobertura adicional de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DIT), a data a data em que o Segurado se afastar de sua atividade profissional;
- d) na Cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente (DIHA): a data da internação.

15.3. 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 e salário.

16. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

16.1. Os valores do Capital Segurado e do prêmio serão atualizados monetariamente a cada ano com base no IPCA, ou segundo a variação dos salários e proventos para todos os Segurados do grupo segurado, de acordo com o que dispuserem as Condições Contratuais.

16.2. É assegurada aos aposentados e afastados de serviço a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para os componentes ativos.

17. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

17.1. Os valores relativos a este contrato de seguro estão sujeitos a correção monetária, de acordo com a variação do IPCA e juros moratórios legais, de 1% (um por cento) ao mês, respeitando as seguintes regras:

17.1.1. Para devolução de Prêmio a Seguradora terá um prazo de até 10 (dez) dias úteis, a contar da data de exigibilidade abaixo:

a) Endosso com restituição de prêmio: os valores a serem restituídos serão exigíveis a contar da data do recebimento da solicitação do endosso (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado.

b) Cancelamento do Contrato: os valores a serem restituídos serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

c) Valores Recebidos Indevidamente pela Seguradora: valores a serem devolvidos ao Segurado serão exigíveis a contar da data do recebimento da solicitação (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado.

d) Proposta Recusada: os valores a serem restituídos serão exigíveis a partir da data da recusa da proposta, e a correção dos valores a contar da data do pagamento realizado pelo segurado, até a data da efetiva restituição pela Seguradora.

17.1.2. Pagamentos em caso de indenização de sinistros ocorrida após o prazo previsto nas respectivas Cláusulas destas Condições Gerais (Cláusula 24 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS) incidirão:

a) correção monetária: a partir da data de ocorrência do sinistro definido na Cláusula 15 - CAPITAL SEGURADO, de acordo com a variação positiva do IPCA até a data do efetivo pagamento.

b) juros moratórios legais: de 1% (um por cento) ao mês, a contar da data de término do prazo contratual para pagamento da indenização (Cláusula 24 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS), ou seja, a partir do 31º (trigésimo-primeiro) dia, "pro-rata-temporis", contado da data da entrega do último documento constante da relação da documentação básica ou de documento justificadamente solicitado pela Cia, até a data do efetivo pagamento.

17.2. Para indenizações liquidadas em moeda estrangeira, deverão ser observados, no mínimo, os itens relativos ao acréscimo de juros moratórios e multa.

17.3. Fica entendido e acordado que as atualizações previstas nesta cláusula serão efetuadas com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data da efetiva liquidação.

17.4. Em caso de extinção do índice pactuado, IPCA/IBGE, será utilizado como substituto o IGPM/FGV.

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

18. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO

18.1. O prêmio de cada Segurado é o produto da taxa indicada no Contrato pelo respectivo capital da(s) Cobertura(s) contratada(s) pelo Segurado e sua faixa etária.

18.2. O aumento na taxa deverá ser realizado por endosso ou aditivo ao contrato com concordância expressa e escrita do Estipulante, observado o disposto na Cláusula 29 - CANCELAMENTO DO SEGURO destas Condições Gerais.

18.3. Caso a alteração de taxa prevista no item anterior implique em ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de Segurados que representem pelo menos 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

18.4. Sempre que ocorrer, dentro da periodicidade definida no Contrato de Seguro, a alteração de idade do Segurado e conseqüentemente o seu deslocamento para outra faixa etária, a Seguradora somará à taxa anterior o percentual de reenquadramento previsto no Contrato e realizará a cobrança do novo prêmio a partir do mês de renovação da Apólice de seguro.

18.5. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do Segurado, incluindo os valores ou percentuais será disponibilizada aos proponentes quando de sua adesão ao seguro.

18.6. As faixas etárias para correção e seus percentuais de atualização são variáveis conforme o produto e data da primeira contratação do seguro.

Parágrafo único. Na hipótese do Estipulante, Segurado, seu Representante e/ou Corretor de Seguros renovar anualmente de forma sucessiva e ininterrupta o seguro, a Seguradora permanecerá utilizando a mesma Tabela de Faixas Etárias e Percentuais de Reajuste por Cobertura vigente na data da primeira contratação do seguro e expressamente prevista na apólice, realizando a cobrança do novo prêmio a partir do mês de renovação do seguro.

Os critérios acima se aplicam exclusivamente para contratos definidos por faixa de idade.

Independentemente da alteração da faixa etária, o Capital Segurado e o prêmio do seguro serão atualizados monetariamente, conforme estabelecido na Cláusula 17 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES, destas Condições Gerais.

19. CUSTEIO DO SEGURO

Para fins deste seguro e de acordo com a proposta de seguro, o custeio pode ser:

a) Não-Contributário (Instituído): seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento totalmente sobre o Estipulante. Neste tipo de 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 não protocolizarem proposta de adesão na Seguradora.

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

20. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

De acordo com o convencionado na proposta de seguro, o prêmio deste seguro será pago conforme uma das seguintes opções de periodicidade:

a) anual;

b) anual fracionado; ou

c) mensal, de acordo com o convencionado na Proposta de Seguro.

21. PAGAMENTO DO PRÊMIO

21.1. O prêmio do seguro, valor a ser pago pelo Segurado para a garantia do risco coberto, será de acordo com o período contratado e tipo do seguro informado na apólice, admitindo-se os tipos abaixo, **devendo ser obrigatoriamente observada a data limite (data do vencimento) prevista no referido documento de cobrança do prêmio:**

a) **Prêmio ou Prêmio Único:** Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado para a vigência integral da apólice, podendo ser pago à vista ou parcelado (prêmio fracionado).

b) **Prêmio Mensal:** Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado conforme opção especificada na proposta ou bilhete e pago mensalmente.

21.2. O prazo limite para o pagamento do prêmio é o dia de vencimento estipulado na Apólice, ou nos casos em que haja mais de uma data prevista, a última data.

21.3. Nos contratos de seguro cujos prêmios sejam pagos em uma única parcela, qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim.

21.4. Fica, ainda, entendido e concordado que, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

21.5. **O não-pagamento do prêmio do seguro dentro do prazo limite estipulado e após aviso prévio da Seguradora diretamente ao Segurado, corretor de seguros ou seu representante legal, por meio físico, remoto ou outras formas previstas na regulamentação em vigor, implicará:**

21.6. **No caso de “prêmio único” com uma só parcela ou fracionado com a primeira parcela não paga, o cancelamento do seguro desde o início de vigência.**

21.7. **No caso de “prêmio único” com fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada a fração prevista na Tabela de Prazo Curto a seguir.**

21.8. **Neste caso a Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante legal, expressamente:**

a) o novo prazo de vigência ajustado.

b) a nova data de vencimento para a parcela em mora, a fim de regularizar o pagamento do prêmio sem que ocorra o cancelamento da apólice/certificado, caso ainda haja cobertura prevista na Tabela de Prazo Curto.

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação % Entre a Parcela de Prêmio Paga e o Prêmio Total da Apólice	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência Original
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365

Relação % Entre a Parcela de Prêmio Paga e o Prêmio Total da Apólice	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência Original
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

Para percentuais não previstos na Tabela de Prazo Curto deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

a) O Segurado terá restabelecido o direito às coberturas contratadas pelo período inicialmente acordado, desde que retome o pagamento do prêmio devido dentro do prazo estabelecido pela Seguradora, ficando sujeito ao pagamento da multa moratória correspondente a 2% (dois por cento) sobre o valor devido, atualizado monetariamente com base na variação do IPCA, e, ainda dos juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, sendo este último encargo aplicado à base “pro-rata temporis”, podendo ser cobrado ainda um valor adicional a título de despesas operacionais, conforme constante da especificação da apólice.

21.9. Findo o novo prazo sem que tenha sido efetuado o pagamento do prêmio, opera-se, de pleno direito, o cancelamento da Apólice.

21.10. No caso do fracionamento do prêmio único, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento, se houver.

21.11. Quando tiver previsto o pagamento do prêmio por meio de consignação em folha, a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmio (s) pago (s) pelo (s) Segurado (s).

Nota: Não serão considerados indenizáveis quaisquer sinistros ocorridos durante o período de suspensão da cobertura da apólice.

22. CANCELAMENTO DAS GARANTIAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DO PRÊMIO MENSAL OU ANUAL

22.1. Quando o custeio do prêmio se der sob a forma mensal ou anual, a falta de pagamento do prêmio, por um período de até 30 (trinta) dias, não acarretará no cancelamento automático do seguro.

22.2. Durante os 30 (trinta) dias mencionados no subitem anterior, as coberturas previstas na apólice não ficarão prejudicadas.

22.3. O Estipulante ou, quando for o caso, o Segurado em atraso com o pagamento do prêmio será notificado para pagamento da parcela do prêmio em mora, acrescida dos encargos contratualmente previstos na Cláusula 16 - Atualização de Valores destas Condições Gerais.

22.4. O não-pagamento dentro do prazo de 30 (trinta) dias do atraso no pagamento da parcela do prêmio acarretará o cancelamento imediato e automático do seguro, não sendo mais permitida a reabilitação das coberturas, sem prejuízo da cobrança, pela Seguradora, dos prêmios vencidos enquanto vigente o seguro.

23. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) com a morte ou invalidez permanente total do Segurado Principal;**
- b) com o recebimento do Capital Segurado relativo à cobertura de Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença;**

- c) automaticamente, com o cancelamento ou final de vigência sem renovação, da Apólice, respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago;
- d) automaticamente, na data em que houver o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante;
- e) por solicitação do Segurado, informando que não deseja continuar no seguro;
- f) quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio mensal ou anual, conforme o caso, observado o disposto na Cláusula 21 – Cancelamento das Garantias por Atraso nos Pagamentos do Prêmio Mensal ou Anual;
- g) com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional, quando houver, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio;
- h) dos funcionários do(a) Estipulante, afastados permanentemente das suas atividades laborais, em razão de prisão preventiva e/ou também àqueles que já estejam cumprimento de pena privativa de liberdade, em razão de sentença já transitada em julgado e irrecorrível, independentemente da formalização da rescisão do contrato de trabalho pelo Estipulante à Seguradora.

24. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

24.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá(ão) o Segurado, ou o(s) Beneficiário(s), informá-lo, logo que o saiba, à Seguradora e comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados na Cláusula 24 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

24.2. A Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias contado do cumprimento, por parte do Segurado, de todas as exigências, para conclusão de regulação e liquidação do sinistro, sendo que, em caso de negativa, informará os motivos que a justifiquem. **A referida contagem será suspensa a partir do momento em que for solicitada documentação complementar, por dúvida fundada e justificada, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas as exigências.**

24.3. Não respeitado o prazo previsto no subitem acima os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária conforme definido na Cláusula 17 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES.

24.4. O pagamento será realizado em parcela única, 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. A indenização também poderá ser realizada em forma de reembolso ou prestação de serviços, quando especificada na cobertura contratada ou combinado entre as partes.

24.5. As despesas efetuadas no exterior serão ressarcidas com base no câmbio oficial de vendas da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se os limites estabelecidos na cobertura, atualizadas monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro.

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

24.7. **Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o Segurado será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo estipulado para liquidação de sinistros previsto nestas condições.**

24.8. No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, serão aceitos para liquidação de sinistro os documentos no idioma do país de origem da despesa. O reembolso de despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de capital segurado estabelecido, e observada a regulamentação específica sobre atualização de valores.

25. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Os documentos indicados a seguir são imprescindíveis para o procedimento de regulação de sinistro. Assim, deverão ser encaminhados à Seguradora em suas vias originais ou cópias autênticas:

Documentos Necessários	Morte Acidental	IPA	AFMA	DMHO	DITA	DEI
Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e respectivo(s) médico(s) assistente(s)	X		X			
Cópia da certidão de óbito	X		X			
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência	X	X	X	X	X	X
Declaração médica indicando <i>causa mortis</i> , com firma reconhecida	X		X			
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença	X		X			
Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social	X		X			
Radiografias e exames médicos (quando houver)	X		X			
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)	X		X			
Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (quando o Segurado era o condutor do veículo)	X		X		X	
Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial	X		X			
Laudo de dosagem alcoólica e/ou exame toxicológico (quando houver)	X		X			
Laudo de exame cadavérico (IML)	X		X			
Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver (em caso de morte por carbonização)	X		X			
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente	X	X		X	X	X
Carteira de trabalho do Segurado e ficha de registro do funcionário na empresa	X	X		X		X
Documento que comprove a ocorrência do acidente: Boletim de Ocorrência (BO) ou Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)	X	X		X		X
Laudo de exame de corpo de delito (IML)	X	X				X
Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (quando o Segurado era o condutor do veículo)	X	X		X		X
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez	X	X				X
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado	X	X				X
Relatório médico assinado pelo médico assistente				X	X	
Receitas médicas				X		
Exames médicos e radiológicos realizados				X	X	
Notas fiscais e recibos originais				X	X	
Contas hospitalares				X		
Documentos dos Beneficiários						
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), quando maior(es) de 18 (dezoito) anos, ou certidão de nascimento, quando menor(es) de 18 anos	X		X			

No caso de beneficiários incapazes: - menores sujeitos ao poder familiar: RG e CPF do pai e da mãe; - menores sujeitos à tutela: apresentação de termo de tutela e RG e CPF do tutor; - maiores de idade: apresentação de termo de curatela e RG e CPF do curador.	X		X			
Em caso de Companheiro(a), documentos comprobatórios da qualidade de companheiro do Segurado, no momento do sinistro;	X		X			
Declaração de único(s) herdeiro(s) com 2 testemunhas, com firma reconhecida de todos os signatários e cópia do RG e CPF das testemunhas.	X		X			

25.1. A responsabilidade pelo pagamento das indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora, não se estabelecendo nenhuma relação neste sentido com o Estipulante.

25.2. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Contratuais, a Seguradora irá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

25.3. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

26. TRANSFORMAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EM RENDA

26.1. As indenizações pela cobertura de Morte ou pela coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente podem ser pagas integral ou parcialmente, sob a forma de renda certa em prestações mensais, iguais e sucessivas, conforme acordado entre as partes, desde que tenha havido opção expressa do Segurado neste sentido, devendo ser estabelecido pelas partes nas Condições Contratuais o valor da renda mínima inicial.

26.2. O valor de cada parcela deve ser calculado utilizando-se a taxa de juros definida nas Condições Contratuais, limitada a 6% (seis por cento) ao ano, na forma da Tabela Price, atualizado anualmente a partir da data de sua concessão com base no índice definido na Cláusula 17 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES destas Condições Gerais, e acrescido do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda.

26.3. Será(ão) constituída(s) a(s) provisão(ões) matemática(s) de acordo com a legislação vigente para as indenizações sob a forma de renda.

26.4. Para a concessão ou manutenção de qualquer dos benefícios garantidos por esta Cláusula, o Segurado se compromete a se submeter a exames e/ou perícia médica, solicitados pela Seguradora.

26.5. Caso o Segurado venha a falecer durante o período de pagamento da renda, fica garantido pela Seguradora o pagamento imediato do restante do Capital Segurado da cobertura ao(s) Beneficiário(s).

26.6. Se o estado de invalidez do Segurado cessar antes do término do pagamento das rendas contratadas, o Segurado poderá ser reincluído no seguro, a critério da Seguradora.

27. JUNTA MÉDICA

27.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como sobre a avaliação da incapacidade, ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Gerais, será proposta formalmente ao Segurado, a constituição de junta médica, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação.

27.2. A referida junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

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

28. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

28.1. Conforme estabelecido nos artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro, além dos casos previstos em Lei, o Segurado perderá o direito às garantias e coberturas previstas neste Contrato de Seguro e respectiva Apólice, ficando a Seguradora isenta de qualquer obrigação deles decorrente, sujeitando-se o Segurado, ainda, às sanções previstas na legislação e no Contrato de Seguro, se ele e/ou seu representante legal ou Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, ficando ainda obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

Sendo apuradas declarações inexatas ou omissões de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, o Segurado perderá o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá:

IV Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

d) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

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

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

d) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

VI Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado: após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

28.2. 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;

b) ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado, com o propósito de obter vantagem ilícita com o seguro;

c) não fornecimento da documentação solicitada; e

d) agravamento intencional do risco objeto do contrato, conforme previsto no Código Civil Brasileiro.

Caso ocorra incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, o Segurado deverá comunicar o fato à Seguradora, logo que saiba, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado, pela Seguradora, que silenciou de má fé.

A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo segurado, poderá, mediante comunicação formal:

a) cancelar o seguro;

b) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou

c) cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

O cancelamento do seguro só será eficaz trinta dias após a notificação ao segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer

28.3. Verificada a inobservância do segurado quanto a obrigação de comunicar à esta Seguradora sobre a inclusão ou exclusão, sua ou de seus beneficiários de indenização e/ou locais de sinistro, em listas de embargos e sanções nacionais ou internacionais, ficará caracterizada a PERDA DE DIREITOS a quaisquer indenizações ou restituições previstas nesse contrato de seguro.

29. CANCELAMENTO DO SEGURO

29.1. Este Contrato de Seguro, além das demais situações previstas nas Condições Gerais, excetuadas as hipóteses previstas em lei, poderá ser rescindido total ou parcialmente, a qualquer momento, a pedido do Segurado ou a critério da Seguradora, mediante concordância recíproca das partes e desde que tal intenção seja comunicada à parte contrária, observados os seguintes critérios:

a) Por iniciativa do Segurado:

Na hipótese de rescisão por iniciativa do Segurado, a Seguradora reterá, além do prêmio recebido proporcional ao período coberto calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto constante da Cláusula PAGAMENTO DOS PRÊMIOS destas Condições Gerais, também o IOF (Imposto sobre Operações Financeiras). Para percentuais não previstos na referida Tabela de Prazo Curto, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

b) Por iniciativa da Seguradora:

Em caso de mora e inadimplemento do Segurado de suas obrigações contratuais, agravamento do risco ao bem segurado e/ou inobservância de quaisquer cláusulas e condições previstas no Contrato de Seguro e sua respectiva Apólice, nos quais não tenha ocorrido má-fé, culpa e/ou dolo do Segurado: a Seguradora reterá o prêmio recebido proporcional ao período vigente das coberturas contratadas, calculado na *base pro-rata temporis* pelo tempo decorrido desde o início de vigência da Apólice, acrescido do IOF devido.

29.2. 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) quando o Estipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;**
- b) na ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Estipulante, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro;**
- c) com a extinção do Estipulante como pessoa jurídica ou sua inabilitação determinada por órgão competente, a que este estiver vinculado;**
- d) com a morte do Estipulante, no caso de este ser Pessoa Física.**

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

- a) por acordo entre o Estipulante e a Seguradora, mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem no mínimo 3/4 (três quartos) do grupo segurado;**
- b) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento dos prêmios;**
- c) se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;**
- d) quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva para com a Seguradora.**

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

30. SUSPENSÃO DE COBERTURA

30.1. Havendo, em meio a vigência da apólice, a inclusão ou exclusão do segurado, de seus beneficiários de indenização ou locais de origem, destino ou transbordo, ou ainda o objeto segurado nas listas de embargos e

sanções, deverá o segurado informar tempestivamente à esta seguradora a data de inclusão e/ou exclusão sob pena de perda de direito à cobertura de seguro e, por consequência, a quaisquer indenizações ou restituições previstas nesse contrato de seguro.

30.2. Mediante a comunicação do Segurado, as coberturas desse seguro estarão suspensas para o segurado e para seus beneficiários no período em que os mesmos estiverem incluídos em listas de sanções e embargos desde às 24 horas do dia da inclusão até às 24 horas do dia da exclusão ou eventual solução judicial.

30.3. Na hipótese do segurado ou seus beneficiários de indenização serem incluídos em listas de embargos e sanções nacionais ou internacionais, em meio a liquidação de um sinistro reclamado, o pagamento de indenizações ou reembolsos de despesas ficará suspenso, até que ocorra a superação do referido embargo ou até que ocorra decisão da Corte Suprema brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para esse fim, mediante consulta a ser efetuada por esta Seguradora.

30.4. Desta forma, deve o Segurado, nas situações nas quais vier a ser incluído em listas de embargos e sanções nacionais ou internacionais, informar tempestivamente a Seguradora as datas de ingresso e exclusão das referidas listas.

31. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato, constituem ainda obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) 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;
- c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;
- h) comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerarem irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- l) 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 seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do próprio Estipulante.

32. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do seguro.

33. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

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:

Art.800

“No seguro de pessoas, o Segurador não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.”

1.1

34. CLÁUSULAS SUPLEMENTARES

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.

35. RATIFICAÇÃO

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

36. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado ou do(s) beneficiário(s) com fundamento no presente seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

37. FORO

O foro competente para as questões judiciais do presente contrato é o da comarca de domicílio do Segurado, ou de seu beneficiário, se for o caso.

38. DISPOSIÇÕES FINAIS

Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de seu vencimento, independentemente do tempo de relação contratual.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGES

1. INCLUSÃO

1.1. Para fins desta cláusula, poderão ser incluídos os cônjuges ou companheiros (as) dos Segurados Principais nas seguintes formas:

- a) Automática: todos os cônjuges ou companheiros (as) dos Segurados Principais farão parte da apólice e participarão automaticamente do seguro na cobertura Morte Acidental (MA) e quando contratada, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), na proporção de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado do Segurado Principal; ou
- b) Facultativa: os Segurados Principais deverão optar pela inclusão do cônjuge ou companheiro (a), os quais, uma vez incluídos, participarão automaticamente do seguro na cobertura Morte Acidental (MA) e quando contratada, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) do plano escolhido, na proporção de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado do Segurado Principal.

1.2. Quando contratada a cobertura adicional Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas (DMHO) – efetuadas pelo cônjuge ou companheiro (a) estarão também cobertos os riscos discriminados na respectiva cobertura.

2. CONCEITOS

2.1. Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do Segurado Principal, desde que comprovada documentalmente no momento do sinistro a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

2.2. Não podem ser incluídos no seguro, na qualidade de Segurados Dependentes, seja na forma automática ou na facultativa, os cônjuges e companheiros que já ostentem a qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice.

2.3. Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge.

2.4. Desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, estarão automaticamente canceladas as coberturas contratadas para o Segurado Dependente incluído na condição de cônjuge, independente desse fato ter sido ou não comunicado pelo Segurado Principal à Seguradora e ter havido pagamento de prêmio.

2.5. No caso previsto no subitem anterior, os prêmios eventualmente pagos serão devolvidos atualizados monetariamente, com base no IPCA, desde a data de pagamento até a sua efetiva restituição.

3. LIMITE DE CAPITAL

Os Capitais Segurados das coberturas do cônjuge não poderão, em hipótese alguma, ser superiores a 100% (cem por cento) dos Capitais Segurados do respectivo Segurado Principal, aplicando-se a este seguro o critério constante nas declarações da apólice.

4. COBERTURAS

As coberturas desta cláusula são as constantes no item 1-Inclusão, salvo quando convencionado ao contrário em declarações da apólice.

5. INÍCIO DE COBERTURA

A cobertura dos riscos individuais previstos nesta apólice começará a vigorar:

- a) na data do início da cobertura do risco individual do Segurado Principal, para os cônjuges admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo;
- b) na data da contratação desta cláusula ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice, se esta cláusula for contratada após o início de vigência da apólice, sem pagamento de prêmio;
- c) às 24 (vinte e quatro) horas da data da contratação, se esta cláusula for contratada após o início de vigência da apólice e houver adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

6. BENEFICIÁRIOS

6.1. A indenização por Morte devida por esta cláusula suplementar será paga ao Segurado Principal.

6.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais deste.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO DO SEGURADO DEPENDENTE

A Inclusão dos Segurados Dependentes cessará automaticamente:

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS

1. INCLUSÃO

1.1. Para fins desta cláusula, poderão ser incluídos os filhos dos Segurados Principais nas seguintes formas:

- a) Automática: todos os filhos dos Segurados Principais farão parte da apólice e participarão do seguro em todas as coberturas do plano escolhido, na proporção de 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado do Segurado Principal, limitado a R\$10.000,00 (dez mil reais), exceto na hipótese de menores de 14 (catorze) anos, caso em que somente participarão das coberturas relacionadas ao reembolso de despesas; ou
- b) Facultativa: os Segurados Principais deverão optar pela inclusão dos filhos, os quais, uma vez incluídos, participarão do seguro em todas as coberturas do plano escolhido, na proporção de 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado do Segurado Principal, limitado a R\$10.000,00 (dez mil reais), exceto na hipótese de menores de 14 (catorze) anos, hipótese em que somente participarão das coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.

1.2. As coberturas relacionadas ao reembolso de despesas são:

- a) Morte; e
- b) Indenização Especial por Morte Acidental (IEA).

1.3. Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta cláusula.

2. CONCEITOS

2.1. São considerados filhos do Segurado Principal, para fins desta cláusula, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:

- I - o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal de até 18 (dezoito) anos, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- II - o menor pobre, de até 18 (dezoito) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
- III - o irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 18 (dezoito) anos, desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e
- IV - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

2.2. Não podem ser incluídos no seguro na qualidade de Segurados Dependentes, seja na forma automática ou na facultativa, os filhos que já ostentem a qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice.

2.3. Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu filho.

3. LIMITE DE CAPITAL

3.1. Os Capitais Segurados das coberturas do filho não poderão exceder em hipótese alguma ao limite constante das declarações da apólice.

3.2. Na hipótese de falecimento de Segurado menor de 14 (quatorze) anos, a indenização destina-se exclusivamente ao reembolso de despesas com funeral, limitada ao Capital para esta cobertura, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, as quais podem ser substituídas a critério da Seguradora por outros comprovantes satisfatórios. Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4. COBERTURAS

As coberturas desta cláusula são as constantes das declarações da apólice.

5. INÍCIO DA COBERTURA

A cobertura dos riscos individuais previstos nesta apólice começará a vigorar:

- a) na data do início da cobertura do risco individual do Segurado Principal, para os filhos admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo;
- b) na data da contratação desta cláusula ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice, se esta cláusula for contratada após o início de vigência da apólice, sem pagamento de prêmio;

c) às 24 (vinte e quatro) horas da data da contratação, se esta cláusula for contratada após o início de vigência da apólice e houver adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

6. BENEFICIÁRIOS

6.1. A indenização por Morte devida por esta cláusula suplementar será paga ao Segurado Principal.

6.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais deste.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO DO SEGURADO DEPENDENTE

A Inclusão dos Segurados Dependentes cessará automaticamente:

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

CONDIÇÕES GERAIS - LIBERTY FUNERAL

DEFINIÇÕES

Acidente Pessoal: Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

Incluem-se nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.
- f) os acidentes decorrentes de picadas ou mordidas de insetos ou bichos peçonhentos e venenosos.

Agravamento do Risco: É uma circunstância que após a contratação do seguro, aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do Segurado.

Apólice: É o documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

Aviso de Sinistro: Comunicação à Seguradora da ocorrência de evento coberto, conforme previstos nas Condições Gerais.

Beneficiários: Serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas do funeral do Segurado. Pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Capital Segurado: Valor máximo para a garantia contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência de sinistro coberto.

Carência: É o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, do aumento do Capital ou da sua recondução depois de suspenso, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as coberturas ou algumas delas.

Carregamento: É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do seguro.

Condições Contratuais e/ou Condições Gerais: Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro.

Corretor de Seguros: Profissional habilitado e autorizado a angariar e promover Contratos de seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

Declaração Pessoal de Saúde: É o documento formal e legal, incluso na Proposta, em que o Proponente do seguro presta informações sobre as suas condições de saúde.

Documentos Contratuais: Documento emitido pela seguradora, sendo a apólice, a apólice de averbação, o certificado individual, o endosso e o bilhete de seguro.

Doenças e Lesões preexistentes: São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas pelo Segurado antes da contratação do seguro, que sejam de seu conhecimento.

Endosso: É o documento emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

Evento coberto: Acontecimento futuro e incerto, previsto nas garantias do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

Indenização: Valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva garantia contratada.

Natimorto: Feto que nasce sem vida ou que falece no interior do útero ou no parto.

Prêmio ou Prêmio Único: Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado para a vigência integral da apólice, podendo ser pago à vista ou parcelado (prêmio fracionado).

Prêmio Mensal: Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado conforme opção especificada na proposta ou bilhete e pago mensalmente.

Processo SUSEP: É o registro deste plano na SUSEP, o que não implica, por parte da Autarquia, em incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Proponente: O interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.**Proposta de adesão:** Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições gerais.

Regime Financeiro de Repartição Simples: É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

Regulação do Sinistro: São os procedimentos realizados pela Seguradora para apuração e exame das causas e circunstâncias que caracterizaram o sinistro e, em face dessas verificações, concluir sobre a sua cobertura, bem como se o Segurado cumpriu as suas obrigações legais e contratuais.

Riscos Excluídos: São aqueles riscos previstos nas Condições Gerais que não serão cobertos pela Apólice de Seguro.

Seguradora: É a Empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a funcionar no Brasil como tal e que, recebendo o prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pela Apólice de Seguro.

Segurado: É o Proponente que teve aceita a sua Proposta pela Seguradora.

Segurado Principal: Pessoa física que mantém vínculo com o Estipulante, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.**Sinistro:** A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do contrato de seguro.**SUSEP – Superintendência de Seguros Privados:** Autarquia Federal fiscalizadora e reguladora das entidades do mercado securitário.

Vigência: É o intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.

1. DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco.
- 1.2. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- 1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

2. OBJETIVO

O Seguro Funeral tem por objetivo garantir ao(s) beneficiário(s), uma indenização, limitada ao valor do capital segurado contratado, na forma de reembolso de despesas ou de prestação de serviço(s), desde que relacionados à realização de funeral, conforme descrição constante das condições contratuais do seguro.

3. TIPO DE CONTRATAÇÃO

Este seguro é de contratação coletiva.

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO

O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5. COBERTURAS

5.1. O segurado poderá optar pela contratação de uma entre as seguintes coberturas do Seguro Funeral:

5.1.1. Liberty Assistência Funeral – Prestação de Serviços ou Reembolso

- a) Assistência Funeral Titular I;
- b) Assistência Funeral Titular II;
- c) Assistência Funeral Familiar;
- d) Assistência Funeral Familiar Plus I;
- e) Assistência Funeral Familiar Plus II.

5.1.2. Liberty Auxílio Funeral – Exclusivamente reembolso

- a) Auxílio Funeral Titular em caso de Morte
- b) Auxílio Funeral Familiar em caso de Morte
- c) Auxílio Funeral Titular em caso de Morte Acidental
- d) Auxílio Funeral Familiar em caso de Morte Acidental

6. LIBERTY ASSISTÊNCIA FUNERAL - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS OU REEMBOLSO

6.1. Garante a prestação de serviços de assistência funeral ou o reembolso de despesas ao(s) Beneficiário(s), em caso de falecimento do Segurado Principal, e/ou seus dependentes, de acordo com a cobertura contratada, até o limite do Capital Segurado estabelecido na apólice, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

6.2. Caso a opção seja pela prestação de serviços, a Seguradora disponibilizará empresa terceirizada e especializada para a execução do serviço. Para isso, a família deverá entrar em contato com a Central de Atendimento aos Clientes da Liberty Seguros. A ligação é gratuita e pode ser feita de qualquer lugar do Brasil. A Assistência 24 (vinte e quatro) horas contratará a funerária mais próxima do local onde ocorreu o óbito para que sejam tomadas as devidas providências para a prestação do serviço funeral.

6.3. Para o reembolso, o Beneficiário poderá optar por prestadores de serviços legalmente habilitados a sua livre escolha, cabendo neste caso, o reembolso das despesas efetuadas, até o limite do capital contratado, e comprovar os gastos mediante apresentação de notas fiscais contendo a discriminação dos itens ou serviços adquiridos, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios.

6.4. Em caso de impossibilidade de contato, por qualquer razão, e/ou na impossibilidade da utilização da rede de serviços autorizada, poderão ser utilizados prestadores de serviço à livre escolha, desde que legalmente habilitados, sendo o reembolso efetivado pelas despesas relacionadas à realização do funeral até o limite máximo do capital segurado contratado.

6.5. A Liberty Assistência Funeral possui as seguintes opções de coberturas:

a) Liberty Assistência Funeral Titular I

Garante a prestação de serviço ou reembolso das despesas do funeral em caso de falecimento do Segurado Principal.

b) Liberty Assistência Funeral Titular II

Garante a prestação de serviço ou reembolso das despesas do funeral em caso de falecimento do Segurado Principal.

c) Liberty Assistência Funeral Familiar

Garante a prestação de serviço ou reembolso das despesas do funeral em caso de falecimento do Segurado Principal, cônjuge, filhos ou filhos considerados natimortos.

d) Liberty Assistência Funeral Familiar Plus I

Garante a prestação de serviço ou reembolso das despesas do funeral em caso de falecimento do Segurado Principal, cônjuge, filhos, filhos considerados natimortos e pais do Segurado Principal, desde que constem em documento de identificação. Não há limite de idade para cobertura dos pais.

e) Liberty Assistência Funeral Familiar Plus II

Garante a prestação de serviço ou reembolso das despesas do funeral em caso de falecimento do Segurado Principal, cônjuge, filhos, filhos considerados natimortos, pais e outros indicados que possuam algum tipo de vínculo com o Segurado Principal, desde que informado pelo mesmo no momento da contratação. Não há limite de idade para cobertura dos pais.

6.6. Os serviços de funeral disponíveis em cada uma dessas coberturas, estão relacionados na cláusula 32 - **LIBERTY ASSISTÊNCIA FUNERAL TABELA DE SERVIÇOS**.

6.7. Equiparam-se aos cônjuges os companheiros (as) que vivem em união estável com o Segurado Principal.

6.8. São considerados filhos do Segurado Principal, para fins da cobertura, os seguintes dependentes econômicos do mesmo:

- a) o filho (a) e o enteado (a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente declarado no Imposto de Renda como dependente;
- b) o filho (a) e o enteado (a) com até 24 anos completos quando universitário e declarado no Imposto de Renda como dependente;
- c) o irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um) anos, desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e
- d) o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

7. LIBERTY AUXÍLIO FUNERAL - EXCLUSIVAMENTE REEMBOLSO

7.1. Garante exclusivamente o reembolso de despesas com o funeral, em caso de falecimento do Segurado Principal, e/ou seus dependentes, de acordo com a cobertura contratada, até o limite do Capital Segurado estabelecido na apólice, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

7.2. Para o reembolso, o Beneficiário deverá comprovar mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

7.3. A Liberty Auxílio Funeral possui as seguintes opções de coberturas:

a) Auxílio Funeral Titular em caso de Morte

Garante o reembolso das despesas de funeral em caso de falecimento do Segurado Principal.

b) Auxílio Funeral Familiar em caso de Morte

Garante o reembolso das despesas de funeral em caso de falecimento do Segurado Principal, cônjuge, filhos ou filhos considerados natimortos do Segurado Principal, desde que constem em documento de identificação.

c) Auxílio Funeral Titular em caso de Morte Acidental

Garante o reembolso das despesas de funeral em caso de morte acidental do Segurado Principal.

d) Auxílio Funeral Familiar em caso de Morte Acidental

Garante o reembolso das despesas de funeral em caso de morte acidental do Segurado Principal, cônjuge e filhos considerados natimortos do Segurado Principal, desde que constem em documento de identificação.

7.4. Equiparam-se aos cônjuges os companheiros (as) que vivem em união estável com o Segurado Principal.

7.5. São considerados filhos do Segurado Principal, para fins da cobertura, os seguintes dependentes econômicos do mesmo:

- a) o filho (a) e o enteado (a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente declarado no Imposto de Renda como dependente;
- b) o filho (a) e o enteado (a) com até 24 anos completos quando universitário e declarado no Imposto de Renda como dependente;
- c) o irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um) anos, desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e
- d) o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

8. RISCOS EXCLUÍDOS

8.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas previstas neste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

- i) Exumação e destinação dos ossos após o término do prazo de locação de jazigo;
- j) Fornecimento de roupas em geral;
- k) Organização e pagamento de missa de 7º dia;
- l) Fornecimento de café, bebidas e refeições em geral durante a cerimônia;
- m) Aquisição de jazigo;
- n) Confeção de gaveta em túmulo de terceiros;
- o) Fornecimento de cruzeiros;
- p) Reforma em geral no jazigo;
- q) Exumação de terceiros em jazigo da família;
- r) Custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo município de domicílio do Segurado/beneficiários;
- s) Despesas de qualquer natureza que não estejam relacionadas diretamente com o funeral, sem autorização da Liberty Assistência Funeral, não previstas nestas Condições;
- t) Despesas decorrentes de construção, manutenção e/ou recuperação de jazigos;
- u) Busca, realização de provas, bem como, formalidades legais e burocráticas, no caso de desaparecido em acidente, qualquer que seja sua natureza, implicando em “morte presumida”;
- v) De suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.
- w) De atos de operação de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha ou revolução, agitação, motim, danos decorrentes de greve, tumulto e paralização, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou quaisquer perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- x) Para os casos de prestação de serviços, nas localidades aonde a legislação não permitir que a Central de Assistência intervenha;

8.2. Quando o Beneficiário optar pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral não terá direito a reembolso de outras despesas.

Cláusula de Exclusão Embargos e Sanções: estão excluídos da cobertura deste seguro todos e quaisquer riscos cuja cobertura e/ou eventual pagamento da respectiva indenização securitária, implicaria na obrigação da Seguradora de atuar de forma a atrair, em razão de embargos e sanções comerciais e econômicos, ações punitivas

para a Seguradora, seu grupo econômico e administradores, por parte dos Estados Unidos da América, do Reino Unido, da União Europeia conforme descrito nas listas de embargos e sanções a seguir:

a) Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>

b) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>

Estão ainda excluídos da cobertura dessa Apólice, todos e quaisquer riscos cujo imediato pagamento da respectiva indenização securitária esteja vedado, por embargos e sanções comerciais e econômicos internacionais impostos por entidades multilaterais integradas pelo Brasil, tais como, mas não se limitando, o GAFI (Grupo de Ação Financeira contra a Lavagem de Dinheiro e o Financiamento do Terrorismo) e a Organização das Nações Unidas (ONU).

9. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

9.1. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias contados da transmissão ou protocolo da proposta física, para sua análise e aceitação ou recusa. Quando constatada a necessidade de informações e/ou documentos complementares para possibilitar a melhor análise do risco proposto, o referido prazo será suspenso até a data em que ocorrer a entrega das informações ou documentos solicitados.

9.2. Durante o período de análise será garantida cobertura provisória do risco segurado. Em caso de recusa do risco, haverá comunicação ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros e a cobertura provisória será encerrada imediatamente. De qualquer forma, eventuais sinistros ocorridos durante o período de cobertura provisória apenas serão atendidos se o evento estiver amparado pelas Condições Gerais do produto e o sinistro for considerado como regular.

9.3. No caso de aceitação da proposta o período de cobertura provisória será considerado como de efetiva vigência do seguro.

9.4. A ausência de manifestação da Seguradora quanto à aceitação ou recusa da proposta, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da mesma.

9.5. A inclusão dos Proponentes no Certificado Individual dará mediante preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão que, sob pena de ser declinado o risco, deverá conter:

a) Dados pessoais;

b) CPF e, na falta deste, outro documento identificador de âmbito nacional;

c) Declaração ou prova de saúde;

d) Declaração de conhecimento prévio das condições gerais do seguro;

e) Indicação de seu (s) Beneficiário (s);

9.6. A Proposta de 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 do risco proposto.

9.7. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de subscrição, informação ao Segurado, ou ao Proponente, da existência de outros certificados individuais de seguro de pessoas com coberturas concomitantes.

9.8. A não-aceitação da Proposta de Adesão por parte da Seguradora será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer prêmio eventualmente pago, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados, da data do pagamento pelo Proponente até a data da efetiva restituição, pelo IPCA - Índice de Preços ao Consumidor Amplo, conforme legislação vigente.

9.9. A contratação/alteração do Certificado Individual somente poderá ser feita mediante proposta de adesão assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado. A proposta de adesão escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. A Seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta de adesão recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

10.1. O início de vigência do risco individual será o estabelecido a seguir:

a) Os Certificados Individuais terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicados;

b) Para a Proposta de Adesão ou pedido de endosso sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta de adesão ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais;

c) Para a Proposta de Adesão ou pedido de endosso recepcionado com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta de adesão pela Seguradora.

10.2. No início de cada vigência do seguro, bem como nos aniversários subsequentes, a Seguradora providenciará a emissão do Certificado Individual.

10.3. O seguro terá vigência de 12 (doze) meses..

A renovação do seguro somente será realizada quando o Segurado, seu representante e/ou o Corretor de Seguros manifestar à Seguradora sua intenção de renovar a apólice, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias antes do final da vigência do seguro, sendo que a aceitação do risco estará sujeita a análise da Seguradora.

Poderá, se assim desejado pelo Segurado, seu representante e/ou o Corretor de Seguros ocorrer a renovação do seguro de forma automática, uma única vez e pelo mesmo prazo, ao término da vigência original.

Não havendo interesse na renovação automática pelo Segurado, estipulante ou pela Seguradora, deverá haver comunicação mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final de vigência da apólice. No caso de não renovação da apólice coletiva, as coberturas do certificado individual permanecerão em vigor pelo período correspondente aos prêmios já pagos.

10.4. A Seguradora fornecerá ao Proponente, seu representante e/ou 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. Aplicam-se à proposta de renovação os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 9 - ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS, destas Condições Gerais.

11. CAPITAL SEGURADO

11.1. Para fins deste seguro, Capital Segurado é a importância máxima, por cobertura contratada, a ser disponibilizada na forma de prestação de serviço ou reembolso, vigente na data do evento.

11.2. O capital segurado inicialmente contratado não poderá ser aumentado.

11.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação da responsabilidade da Seguradora e do Capital Segurado da cobertura contratada, quando da liquidação dos sinistros: a data do falecimento do segurado.

11.4. O capital segurado do cônjuge, filhos, membros da família e outros indicados não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado principal.

12. REINTEGRAÇÃO

O Capital Segurado será totalmente reintegrado, de forma automática, após a ocorrência de cada evento, sem a cobrança de prêmio adicional, quando contratada Assistência ou Auxílio Funeral Familiar.

13. CARÊNCIA

Não haverá carência, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.

14. FRANQUIA

Não há franquia.

15. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

15.1. Os valores relativos a este contrato de seguro estão sujeitos a correção monetária, de acordo com a variação do IPCA e juros moratórios legais, de 1% (um por cento) ao mês, respeitando as seguintes regras:

15.1.1. Para devolução de Prêmio a Seguradora terá um prazo de até 10 (dez) dias úteis, a contar da data de exigibilidade abaixo:

- a) Endosso com restituição de prêmio:** os valores a serem restituídos serão exigíveis a contar da data do recebimento da solicitação do endosso (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado.
- b) Cancelamento do Contrato:** os valores a serem restituídos serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.
- c) Valores Recebidos Indevidamente pela Seguradora:** valores a serem devolvidos ao Segurado serão exigíveis a contar da data do recebimento da solicitação (com a confirmação dos dados bancários válidos para devolução) por parte do segurado.
- d) Proposta Recusada:** os valores a serem restituídos serão exigíveis a partir da data da recusa da proposta, e a correção dos valores a contar da data do pagamento realizado pelo segurado, até a data da efetiva restituição pela Seguradora.

15.1.2. Pagamentos em caso de indenização de sinistros ocorrida após o prazo previsto nas respectivas Cláusulas destas Condições Gerais (Cláusula 22 - **OCORRÊNCIA DE SINISTROS**) incidirão:

- a) correção monetária:** a partir da data de ocorrência do sinistro definido na Cláusula 11 - **CAPITAL SEGURADO**, de acordo com a variação positiva do IPCA até a data do efetivo pagamento.
- b) juros moratórios legais:** de 1% (um por cento) ao mês, a contar da data de término do prazo contratual para pagamento da indenização (Cláusula 22 - **OCORRÊNCIA DE SINISTROS**), ou seja, a partir do 31º (trigésimo-primeiro) dia, “pro-rata-temporis”, contado da data da entrega do último documento constante da relação da documentação básica ou de documento justificadamente solicitado pela Cia, até a data do efetivo pagamento.

15.2. Para indenizações liquidadas em moeda estrangeira, deverão ser observados, no mínimo, os itens relativos ao acréscimo de juros moratórios e multa.

15.3. Fica entendido e acordado que as atualizações previstas nesta cláusula serão efetuadas com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data da efetiva liquidação.

15.4. Em caso de extinção do índice pactuado, IPCA/IBGE, será utilizado como substituto o IGPM/FGV.

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

16. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO

16.1. Sempre que ocorrer, dentro da periodicidade definida no Contrato de Seguro, a alteração de idade do Segurado e conseqüentemente o seu deslocamento para outra faixa etária, a Seguradora somará à taxa anterior o percentual de reenquadramento previsto no Contrato e realizará a cobrança do novo prêmio a partir do mês de renovação da Apólice de seguro.

16.2. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do Segurado, incluindo os valores ou percentuais será disponibilizada aos proponentes quando de sua adesão ao seguro.

16.3. As faixas etárias para correção e seus percentuais de atualização são variáveis conforme o produto e data da primeira contratação do seguro.

Parágrafo único. Na hipótese do Estipulante, Segurado, seu Representante e/ou Corretor de Seguros renovar anualmente de forma sucessiva e ininterrupta o seguro, a Seguradora permanecerá utilizando a mesma Tabela de Faixas Etárias e Percentuais de Reajuste por Cobertura vigente na data da primeira contratação do seguro e expressamente prevista na apólice, realizando a cobrança do novo prêmio a partir do mês de renovação do seguro.

Os critérios acima se aplicam exclusivamente para contratos definidos por faixa de idade.

Independentemente da alteração da faixa etária, o Capital Segurado e o prêmio do seguro serão atualizados monetariamente, conforme estabelecido na Cláusula 15 - ATUALIZAÇÃO DE VALORES.

17. CUSTEIO DO SEGURO

O custeio deste seguro será contributivo, não contributivo e parcialmente contributivo.

18. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

18.1. De acordo com o convencionado na Proposta de Adesão, o prêmio deste seguro será pago conforme uma das seguintes opções de periodicidade:

- a) À vista; ou
- b) Fracionado

19. PAGAMENTO DO PRÊMIO

19.1. O prêmio do seguro, valor a ser pago pelo Segurado para a garantia do risco coberto, será de acordo com o período contratado e tipo do seguro informado na apólice, admitindo-se os tipos abaixo, **devendo ser obrigatoriamente observada a data limite (data do vencimento) prevista no referido documento de cobrança do prêmio:**

- a) **Prêmio ou Prêmio Único:** Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado para a vigência integral da apólice, podendo ser pago à vista ou parcelado (prêmio fracionado).
- b) **Prêmio Mensal:** Valor a ser pago para a garantia do risco, calculado conforme opção especificada na proposta ou bilhete e pago mensalmente.

19.2. O prazo limite para o pagamento do prêmio é o dia de vencimento estipulado na Apólice, ou nos casos em que haja mais de uma data prevista, a última data.

19.3. Nos contratos de seguro cujos prêmios sejam pagos em uma única parcela, qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim.

19.4. Fica, ainda, entendido e concordado que, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio sem que ele se ache efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

19.5. **O não-pagamento do prêmio do seguro dentro do prazo limite estipulado e após aviso prévio da Seguradora diretamente ao Segurado, corretor de seguros ou seu representante legal, por meio físico, remoto ou outras formas previstas na regulamentação em vigor, implicará:**

19.6. **No caso de “prêmio único” com uma só parcela ou fracionado com a primeira parcela não paga, o cancelamento do seguro desde o início de vigência.**

19.7. **No caso de “prêmio único” com fracionamento do prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada a fração prevista na Tabela de Prazo Curto a seguir.**

19.8. **Neste caso a Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante legal, expressamente:**

- a) o novo prazo de vigência ajustado.
- b) a nova data de vencimento para a parcela em mora, a fim de regularizar o pagamento do prêmio sem que ocorra o cancelamento da apólice/certificado, caso ainda haja cobertura prevista na Tabela de Prazo Curto.

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação % Entre o Prêmio Pago e o Prêmio Total	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência Original	Relação % Entre o Prêmio Pago e o Prêmio Total	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência Original
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365

Relação % Entre o Prêmio Pago e o Prêmio Total	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência Original	Relação % Entre o Prêmio Pago e o Prêmio Total	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência Original
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

Para percentuais não previstos na Tabela de Prazo Curto deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores. O Segurado terá restabelecido o direito às coberturas contratadas pelo período inicialmente acordado, desde que retome o pagamento do prêmio devido dentro do prazo estabelecido pela Seguradora, ficando sujeito ao pagamento da multa moratória correspondente a 2% (dois por cento) sobre o valor devido, atualizado monetariamente com base na variação do IPCA, e, ainda dos juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, sendo este último encargo aplicado à base “pro-rata temporis”, podendo ser cobrado ainda um valor adicional a título de despesas operacionais, conforme constante da especificação da apólice.

19.9. Findo o novo prazo sem que tenha sido efetuado o pagamento do prêmio, opera-se, de pleno direito, o cancelamento da Apólice.

19.10. No caso do fracionamento do prêmio único, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento, se houver.

19.11. Quando tiver previsto o pagamento do prêmio por meio de consignação em folha, a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmio (s) pago (s) pelo (s) Segurado (s).

Nota: Não serão considerados indenizáveis quaisquer sinistros ocorridos durante o período de suspensão da cobertura da apólice.

20. CANCELAMENTO DO SEGURO

20.1. Este Contrato de Seguro, além das demais situações previstas nas Condições Gerais, excetuadas as hipóteses previstas em lei, poderá ser rescindido total ou parcialmente, a qualquer momento, a pedido do Segurado ou a critério da Seguradora, mediante concordância recíproca das partes e desde que tal intenção seja comunicada à parte contrária, observados os seguintes critérios:

a) Por iniciativa do Segurado:

Na hipótese de rescisão por iniciativa do Segurado, a Seguradora reterá, além do prêmio recebido proporcional ao período coberto calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto constante da Cláusula 19 - **PAGAMENTO DO PRÊMIO** destas Condições Gerais, também o IOF (Imposto sobre Operações Financeiras). Para percentuais não previstos na referida Tabela de Prazo Curto, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

b) Por iniciativa da Seguradora:

Em caso de mora e inadimplemento do Segurado de suas obrigações contratuais, agravamento do risco ao bem segurado e/ou inobservância de quaisquer cláusulas e condições previstas no Contrato de Seguro e sua respectiva Apólice, nos quais não tenha ocorrido má-fé, culpa e/ou dolo do Segurado: a Seguradora reterá o prêmio recebido proporcional ao

período vigente das coberturas contratadas, calculado na *base pro-rata temporis* pelo tempo decorrido desde o início de vigência da Apólice, acrescido do IOF devido.

c) Automaticamente, com a morte do Segurado Principal;

a) Quando o Segurado deixar de pagar prêmio, observado o disposto na Cláusula 19- PAGAMENTO DO PRÊMIO desta Condição Geral;

b) Com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional, quando houver, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio.

c) Automaticamente, com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação do Certificado Individual, respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago.

20.2. Dos funcionários do(a) Estipulante, afastados permanentemente das suas atividades laborais, em razão de prisão preventiva e/ou também àqueles que já estejam cumprimento de pena privativa de liberdade, em razão de sentença já transitada em julgado e irrecorrível, independentemente da formalização da rescisão do contrato de trabalho pelo Estipulante à Seguradora. **O pagamento de qualquer valor pelo Segurado à Seguradora após a data do cancelamento não implica na reabilitação do seguro, nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do mesmo a importância paga.**

21. SUSPENSÃO DE COBERTURA

21.1. Havendo, em meio a vigência da apólice, a inclusão ou exclusão do segurado, de seus beneficiários de indenização ou locais de origem, destino ou transbordo, ou ainda o objeto segurado nas listas de embargos e sanções, deverá o segurado informar tempestivamente à esta seguradora a data de inclusão e/ou exclusão sob pena de perda de direito à cobertura de seguro e, por consequência, a quaisquer indenizações ou restituições previstas nesse contrato de seguro.

21.2. Mediante a comunicação do Segurado, as coberturas desse seguro estarão suspensas para o segurado e para seus beneficiários no período em que os mesmos estiverem incluídos em listas de sanções e embargos desde às 24 horas do dia da inclusão até às 24 horas do dia da exclusão ou eventual solução judicial.

21.3. Na hipótese do segurado ou seus beneficiários de indenização serem incluídos em listas de embargos e sanções nacionais ou internacionais, em meio a liquidação de um sinistro reclamado, o pagamento de indenizações ou reembolsos de despesas ficará suspenso, até que ocorra a superação do referido embargo ou até que ocorra decisão da Corte Suprema brasileira referente ao procedimento que deverá ser adotado para esse fim, mediante consulta a ser efetuada por esta Seguradora.

21.4. Desta forma, deve o Segurado, nas situações nas quais vier a ser incluído em listas de embargos e sanções nacionais ou internacionais, informar tempestivamente a Seguradora as datas de ingresso e exclusão das referidas listas.

22. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

22.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá (ao) o (s) Beneficiário (s), informá-lo à Seguradora logo que o saiba (m), e comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência por meio dos documentos básicos constantes na Cláusula 23 - RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

22.2. A Seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias contado do cumprimento, por parte do Segurado, de todas as exigências, para conclusão de regulação e liquidação do sinistro, sendo que, em caso de negativa, informará os motivos que a justifiquem. **A referida contagem será suspensa a partir do momento em que for solicitada documentação complementar, por dúvida fundada e justificada, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas as exigências.**

22.3. Não respeitado o prazo previsto no subitem acima, os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido na Cláusula 15-ATUALIZAÇÃO DE VALORES.

22.4. O pagamento será feito em parcela única, 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. A indenização também poderá ser realizada em forma de reembolso ou prestação de serviços, quando especificada na cobertura contratada ou

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

22.5. Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o Segurado será comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo estipulado para liquidação de sinistros previsto nestas condições.

22.6. No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, serão aceitos para liquidação de sinistro os documentos no idioma do país de origem da despesa. O reembolso de despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de capital segurado estabelecido, e observada a regulamentação específica sobre atualização de valores.

23. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

23.1. Os documentos abaixo indicados são imprescindíveis para o procedimento de regulação de sinistro. Assim, deverão ser encaminhados à Seguradora os documentos originais ou cópias autenticadas para conclusão do procedimento administrativo.

23.1.1. Documentação Necessária:

Documentos
Cópia da certidão de óbito do Segurado;
Cópia do RG, CPF e Comprovante de residência do Segurado;
Cópia do exame médico que diagnosticou a doença causadora do óbito;
Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (quando o Segurado era o condutor do veículo);
Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial;
Laudo de dosagem alcoólica e/ou exame toxicológico (quando houver);
Laudo de exame cadavérico (IML);
Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver (em caso de morte por carbonização).
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do (s) Beneficiário (s) que efetuaram o pagamento das despesas, conforme notas fiscais originais;
Autorização de Crédito e Formulário de Profissão e Renda do (s) Beneficiário (s) (ambos disponibilizados pela área de Sinistro);
Original das Notas fiscais e recibos das despesas, observado o disposto no item 4.1.2

23.1.2. Além dos documentos descritos nos itens acima, na falta de beneficiário (s) indicado (s) pelo segurado, o (s) beneficiário (s) legal (is) deverão apresentar também:

Documentos
Certidão de Casamento do Segurado com averbação do óbito;
Declaração que comprove união estável ou condição equiparada, firmada em cartório, emitida por órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o companheiro (a) é dependente do segurado a);
Declaração de único (s) herdeiro (s) legal (is) com firma reconhecida em cartório, informando o número total de herdeiros do segurado, contendo o nome completo e dados pessoais.

23.2. Os menores de dezoito anos deverão ser representados ou assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória

23.3. A responsabilidade pelo pagamento das indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora.

24. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

24.1. Conforme estabelecido nos artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro, além dos casos previstos em Lei, o Segurado perderá o direito às garantias e coberturas previstas neste Contrato de Seguro e respectiva

Apólice, ficando a Seguradora isenta de qualquer obrigação deles decorrente, sujeitando-se o Segurado, ainda, às sanções previstas na legislação e no Contrato de Seguro, se ele e/ou seu representante legal ou Corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, ficando ainda obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

24.2. Sendo apuradas declarações inexatas ou omissões de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, o Segurado perderá o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

24.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a Seguradora poderá:

I - Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

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

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

b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

III - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado: após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

24.4. 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) Beneficiário (s):

a) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;

b) Prática de infrações ou fraudes, com o propósito de obter vantagem ilícita com o seguro;

c) Não-fornecimento da documentação solicitada; e

d) Agravamento intencional do risco objeto do Certificado Individual, conforme previsto no Código Civil Brasileiro.

24.5. Caso ocorra incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, o Segurado deverá comunicar o fato à Seguradora, logo que saiba, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado, pela Seguradora, que silenciou de má fé.

24.6. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo segurado, poderá, mediante comunicação formal:

a) cancelar o seguro;

b) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou

c) cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

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

24.8. Verificada a inobservância do segurado quanto a obrigação de comunicar à esta Seguradora sobre a inclusão ou exclusão, sua ou de seus beneficiários de indenização e/ou locais de sinistro, em listas de embargos e sanções nacionais ou internacionais, ficará caracterizada a PERDA DE DIREITOS a quaisquer indenizações ou restituições previstas nesse contrato de seguro.

25. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

25.1. Fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente por ela estabelecidas, incluindo dados cadastrais. No ato do pagamento de sinistro ou de devolução de prêmio deverá ser apresentada cópia dos documentos que comprovem os dados informados no subitem anterior.

25.2. Constituem obrigações do Estipulante:

- a) 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
- b) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro
- c) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade
- d) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente
- e) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração
- f) Discriminar a razão social ou o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado
- g) 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 isto estiver sob sua responsabilidade
- h) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros
- i) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado
- j) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido
- k) Informar a razão social ou o nome fantasia da Seguradora, bem como o seu percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante
- l) Nos seguros contributários, o não-repasse dos prêmios à Seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, e sujeita o Estipulante às cominações legais
- m) É expressamente vedado ao Estipulante, nos seguros contributários:
 - m.1) Cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela Seguradora
 - m.2) Rescindir o contrato ou efetuar qualquer alteração na apólice que implique em ônus aos Segurados, sem anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado
 - m.3) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado e
 - m.4) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a tais produtos.

25.3. A Seguradora deverá informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante ou Sub-Estipulante, sempre que solicitado.

25.4. Qualquer modificação ocorrida na apólice vigente que implicar ônus ou dever para os Segurados dependerá da anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro por parte do corretor somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições do Certificado Individual e as normas do seguro.

27. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

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:

Art.800:

“No seguro de pessoas, o Segurador não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado, ou do Beneficiário, contra o causador do sinistro.”

28. ALTERAÇÃO NO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

28.1. O presente seguro poderá ser alterado em qualquer tempo através de endosso, mediante acordo entre a Seguradora e o Segurado.

28.2. Efetivado o endosso pela Seguradora, as novas condições prevalecerão sobre as anteriores.

29. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado ou do (s) Beneficiário (s) com fundamento no presente seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

30. FORO

O foro competente para as questões judiciais do presente contrato é o da comarca de domicílio do Segurado, ou de seu beneficiário, se for o caso.

31. DISPOSIÇÕES FINAIS

Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de seu vencimento, independentemente do tempo de relação contratual.

