

APC CAPITAL GLOBAL

**Processo Susep n.:
15414.643137/2025-25**

CONDIÇÕES GERAIS



BVIX

Sumário

1. OBJETIVO DO SEGURO	4
2. DEFINIÇÕES	5
3. GARANTIAS DO SEGURO	10
4. RISCOS EXCLUÍDOS	11
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA	15
6. CARÊNCIAS	16
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO	17
8. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS	19
9. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS	21
10. OBRIGAÇÕES	22
11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	25
12. CAPITAL SEGUADO GLOBAL	26
13. CAPITAL SEGUADO INDIVIDUAL	27
14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA	29
15. APLICABILIDADE DE JUROS	30
16. PAGAMENTO DO PRÊMIO	31
17. REABILITAÇÃO DA APÓLICE	33
18. CRITÉRIO DE TAXAÇÃO	34
19. REAVALIAÇÃO DA TAXA	35
20. CANCELAMENTO DA APÓLICE	36
21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	38
22. PERDA DE DIREITO	42
23. BENEFICIÁRIOS	44
24. INCLUSÃO DE DEPENDENTES	47
25. REGIME FINANCEIRO	48
26. SUB-ROGAÇÃO	49
27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	50

28. RATIFICAÇÃO	51
29. FORO	52
30. DISPOSIÇÕES GERAIS:.....	53
MORTE ACIDENTAL (MA)	54
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	56
DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS (DMHO)	61
REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL (RDF-MA)	63
AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL (AUXF-MA)	64
INCLUSÃO DE CÔNJUGE E DEPENDENTES (ICD)	65
DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT-A)	67
AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO POR ACIDENTE (AUXA)	70
DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL (DD-MA)	71

1. OBJETIVO DO SEGURO

Garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou aos seus Beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos**, desde que, respeitadas as condições contratuais.

2. 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 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 se inclui nesse conceito o suicídio, ou sua tentativa, que será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal, observando-se que incluem-se neste conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento accidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se neste conceito:

- b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b.4) a aposentadoria por invalidez de Instituições oficiais, que não caracterize, por si só, o estado de invalidez permanente. Este deve ser comprovado na forma prevista no contrato.

Aceitação: Ato de admissão, pela Seguradora, de Proposta apresentada pelo Estipulante para cobertura do Risco.

Agravamento do Risco: Aumento da probabilidade de ocorrência do Risco Coberto ou da intensidade de seus efeitos por ato do Segurado.

Âmbito de Cobertura: Abrangência da cobertura em determinado tipo de Seguro, ou seja, a delimitação entre riscos que estão cobertos e os que não estão.

Apólice de Seguro: Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da Garantia solicitada pelo Estipulante.

Aviso de Sinistro: É a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado, Beneficiário ou Estipulante é obrigado a fazer à Seguradora, assim que tenha o seu conhecimento.

Beneficiário: Pessoa física designada para receber o valor do Capital Segurado Individual, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Boa-Fé: Um dos princípios básicos do Seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do Contrato e na determinação do significado dos compromissos assumidos.

O Segurado se obriga a descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou a ocorrência do sinistro. A Seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o Contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o Segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes.

Esse princípio obriga, igualmente, a Seguradora a evitar o uso de fórmulas ou interpretações que limitem sua responsabilidade perante o Segurado.

Cancelamento: É a extinção do Contrato de Seguro antes do término de sua Vigência.

Capital Segurado Global: Valor total máximo de capital, estipulado na Proposta de Contratação, a ser dividido pela quantidade total de vidas seguradas. O valor do capital segurado individual referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do Grupo Segurado.

Capital Segurado Individual: É a importância máxima a ser paga ao Segurado ou Beneficiário apurado a partir do Capital Segurado Global estabelecido na Apólice para cada garantia contratada, vigente na data do evento.

Cobertura: É a proteção conferida por um Contrato de Seguro. Também chamada como garantia, com a qual por vezes se confunde.

Coberturas de Risco: São as coberturas do Seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada.

Condições Contratuais: É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice e do Contrato.

Condições Gerais: É este conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do Seguro.

Condições Especiais: São disposições anexadas à Apólice e que modificam as Condições Gerais, ampliando ou restringindo as suas disposições.

Contrato do Seguro: Instrumento jurídico firmado entre o Segurado ou Estipulante e a Sociedade Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da sociedade Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

O contrato de seguro prova-se por todos os meios admitidos em direito, vedada a prova exclusivamente testemunhal.

Pelo contrato de seguro, a seguradora obriga-se, mediante o pagamento do prêmio equivalente, a garantir interesse legítimo do segurado ou do beneficiário contra riscos predeterminados. Somente podem pactuar contratos de seguro entidades que se encontrem devidamente autorizadas na forma da lei.

Corretor de Seguros: Perante a legislação brasileira, o corretor é o intermediário, pessoa

física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e a promover Contratos de Seguro, entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, podendo ser brasileiro ou estrangeiro, se pessoa física, mas com residência permanente ao país. Ao corretor é permitido ter prepostos de sua livre escolha, bem como designar, entre eles, o que o substitua nos seus impedimentos ou faltas. A habilitação do corretor ao exercício da profissão depende da obtenção de um diploma de aprovação em exame promovido pela Escola Nacional de Seguros (FUNENSEG).

Data do Evento: É data da ocorrência do Evento (Risco Coberto).

Dolo: É um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

Estipulante: É a pessoa jurídica, que contrata a Apólice Coletiva de Seguro, investida dos poderes de representação dos Segurados nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.

Estorno de Prêmio: É a retificação de erro cometido, ao lançar, indevidamente, um Prêmio ou parcela do mesmo, em crédito ou débito.

Evento: É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento passível de ser garantido por uma Apólice de Seguro.

Garantias: São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado, através de suas Condições Contratuais, quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

Garantia Básica: É a Garantia principal de um ramo. É básica porque sem ela não é possível emitir uma Apólice. A ela são agregadas as Garantias Adicionais, Acessórias ou Suplementares, se ou quando for o caso.

Grupo Segurado: É a totalidade dos empregados ativos vinculados ao Estipulante e efetivamente aceita e incluída na Apólice Coletiva.

Grupo Segurável: É a totalidade dos empregados ativos vinculados ao Estipulante que reúne as condições para inclusão no Seguro.

Hospital: É o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora.

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

Índice de Sinistralidade: É o coeficiente ou percentagem que indica a proporção existente entre o custo dos sinistros, ocorridos num conjunto de riscos ou carteira de Apólices, e o volume global dos Prêmios advindos de tais operações no mesmo período.

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

Laudo Médico: Documento emitido por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina sobre as Condições Físicas e de Saúde do Proponente.

Liquidação de Sinistro: É o processo para pagamento da indenização ao Segurado/Beneficiário.

Médico: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que presta informações a respeito da saúde do Segurado. Não serão aceitos como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Migração de Apólices: É a transferência de Apólice Coletiva em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

Nota Técnica Atuarial: É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

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

Período de Cobertura: Aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos Capitais Segurados contratados.

Prazo de Carência: É o período, contado do início de vigência da cobertura individual, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não farão jus aos Capitais Segurados contratados.

Prêmio: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do Seguro.

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

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

Proponente: É a pessoa jurídica que propõe a contratação do Seguro e que passa à condição de Estipulante somente após a sua aceitação pela Seguradora.

Proposta de Adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, **manifestando pleno conhecimento das condições contratuais que deverá ter seu conteúdo preenchido pessoalmente pelos segurados ou pelo(s) beneficiário(s).**

Proposta de Contratação: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em caso de contratação coletiva, em que o Proponente expressa a intenção de aderir ou contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Regime Financeiro de Repartição Simples: É a estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos cobertos ocorridos nesse período.

Reintegração de Capital: Restabelecimento da importância segurada após a ocorrência do sinistro e o pagamento do Capital Segurado Individual pelo evento coberto.

Renovação Automática: Modalidade de renovação na qual o Seguro permanece em vigor, sempre que não exista manifestação em contrário de uma ou de ambas as partes contratantes.

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

Riscos Excluídos: São aqueles riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano.

Seguradora: 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 pelo Contrato de Seguro.

Segurado: É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e estabelecerá o Seguro, podendo ser subdividido em:

Segurado Principal: é a pessoa física que mantém vínculo empregatício com o Estipulante, regularmente aceita e incluída no Seguro;

Segurado Dependente: é a pessoa física incluída no Seguro por intermédio do Segurado Principal.

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

Seguro não-contributário: Seguro no qual o pagamento do Prêmio é de responsabilidade exclusiva do Estipulante.

Sinistro: É a ocorrência do risco coberto durante o período de vigência do plano de Seguro.

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

Taxa: Elemento necessário à fixação das tarifas de Prêmios, cálculo de juros, reservas matemáticas, etc. A taxa é uma percentagem fixa, que se aplica a cada caso determinado, estabelecendo a importância necessária ao fim visado. No presente Seguro as taxas estarão expressas em percentagem (%).

Vigência: Período de tempo em que a Garantia de risco será garantida pela Seguradora.

3. GARANTIAS DO SEGURO

Para fins deste Seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles que expressamente convencionados nas cláusulas anexas à Apólice, devidamente ratificados no Contrato, que dela fazem parte integrante e inseparável, e que, salvo expressa menção em contrário, ocorram em todo o globo terrestre.

3.1. As Garantias deste Seguro dividem-se em Básica, Adicionais e Suplementares.

3.2. As Garantias Básicas oferecidas por este Seguro são:

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

3.3. As Garantias Adicionais oferecidas por este Seguro são:

- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- Reembolso de Despesas com Funeral (RDF), em caso de morte acidental;
- Auxílio Funeral (AUXF), em caso de morte acidental;
- Assistência Funeral (GASSF), em caso de morte acidental;
- Diária por incapacidade física e temporária por acidente;
- Auxílio alimentação;

3.3.1. As garantias de Auxílio Funeral, Assistência Funeral e Reembolso de Despesas com Funeral não podem ser contratadas em conjunto.

3.4. As Garantias Suplementares oferecida por este Seguro são:

- Inclusão Automática de Cônjuge (IAC);
- Inclusão Automática de Filhos (IAF).

3.5 A contratação de qualquer Garantia Adicional ou Suplementar fica condicionada à contratação da Garantia Básica, ou seja, Morte Acidental.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos de todas as Garantias Básica, Adicionais e Suplementares deste Seguro, os eventos ocorridos em consequência de:

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

b) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação,

c) motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) movimentos populares, represálias, restrições à livre circulação, greves, explosões, emanção de calor ou radiação provenientes da transmutação ou desintegração de núcleo atômico, de radioatividade ou outros casos de força maior que impeçam a intervenção da Seguradora, salvo prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

e) o suicídio, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos de vigência individual do Seguro;

e.1) não existe carência para suicídio cometido por grave ameaça ou legítima defesa.

f) danos morais;

g) para portadores de deficiência física: lesões e/ou doenças relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes de conhecimento prévio dos Segurados, e não declaradas na Proposta Individual de Adesão, devidamente evidentes como direta e/ou indiretamente relacionadas à causa da deficiência física e/ou às suas repercussões, assim como, as condições clínicas advindas de qualquer complicação, em qualquer tempo, inclusas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos e ainda, as lesões e disfunções de qualquer natureza e expressão e suas respectivas consequências, também em qualquer tempo, que tenham sido induzidas, precipitadas e/ou facilitadas pela deficiência física do Segurado e/ou por quaisquer de suas interdependências patológicas e/ou disfuncionais, mesmo que temporárias, preexistentes de conhecimento prévio dos Segurados, e não declaradas na Proposta Individual de Adesão;

h) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

i) epidemias declaradas por órgão competente, gripe aviária, envenenamento, exceto por absorção de substância tóxica e escapamento acidental de gases e vapores, de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;

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

k) perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor as Condições Gerais do presente Seguro;

l) intercorrências ou complicações conseqüentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, choque anafilático e suas conseqüências, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;

m) acidentes sofridos antes da contratação do Seguro, ainda que manifestado durante a sua vigência;

n) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do Seguro;

o) eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme definido no subitem 2.1. destas Condições Gerais;

p) parto ou aborto, tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas conseqüências, mesmo quando provocado por acidente;

q) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;

r) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;

s) perda de dentes e danos estéticos;

t) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

u) utilização de instrumentos de guerra ou armas de fogo;

v) participação em disputas ou duelos;

x) seqüestro ou tentativa de seqüestro.

4.2. Da Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, estão também excluídos os seguintes eventos:

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

b) doenças (inclusive as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;

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

à lei;

d) acidente vascular cerebral;

4.3. Da Garantia Adicional de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, estão também excluídos os seguintes eventos:

a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;

b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;

c) despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado e enfermagem de caráter particular;

d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;

e) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;

f) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;

g) estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;

h) tratamentos relacionados a doenças;

i) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;

j) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

k) infecções oportunistas e toda e qualquer doença provocada pela Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida (AIDS);

l) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas conseqüentes;

m) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;

n) luxações recidivantes de qualquer articulação;

o) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

p) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatóide, osteoartrose, as lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas e protusões discais degenerativas;

q) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

r) doenças parasitárias e infecciosas transmitidas por picadas de insetos ou por mordidas e/ou contato com animais.

4.4. Das Garantias Adicionais de Reembolso de Despesas com Funeral e Assistência Funeral, estão também excluídos os seguintes eventos:

a) aquisição de jazigo;

b) a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;

4.5. Conforme a definição de Acidente Pessoal, alínea “b” do subitem 2.1, estão expressamente excluídos de todas as Garantias deste Seguro, os eventos ocorridos em consequência de:

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

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

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

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no subitem 2.1.

4.6. A seguradora não se exime do pagamento do capital segurado, ainda que previsto contratualmente, quando a morte ou a incapacidade decorrer do trabalho, da prestação de serviços militares, de atos humanitários, da utilização de meio de transporte arriscado ou da prática desportiva.

4.7. Estão também excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores do Estipulante ou Subestipulante, por seus dirigentes e administradores, bem como, pelos Segurados, Beneficiários e seus respectivos representantes.

4.8. A omissão do Segurado quanto à informação da prática de esportes violentos é causa ensejadora de perda do direito ao Capital Segurado para a Garantia de DMHO.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. CARÊNCIAS

6.1 Para todas as Garantias previstas neste Seguro de Vida, haverá carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no Seguro.

6.2 Os prazos de carência, quando previstos pelo plano de Seguro, constarão nas Condições Contratuais.

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

6.4 Em caso de renovação de Apólice não será iniciado novo prazo de carência.

6.5 No caso de migração de Apólices, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para Segurados já incluídos no Seguro pela Apólice anterior em relação às Garantias e respectivos valores já contratados.

6.6 Os critérios para fixação de carência, seus prazos e períodos, quando previstos, serão idênticos para os Segurados de uma mesma Apólice.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

7.1. A contratação do Seguro dar-se-á com o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação pelo Estipulante, em formulário próprio fornecido pela Seguradora.

7.2. Recebida a proposta, a seguradora terá o prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias para cientificar sua recusa ao proponente, ao final do qual será considerada aceita.

7.2.1. A seguradora poderá solicitar esclarecimentos ou produção de exames periciais, e o prazo para a recusa terá novo início, a partir do atendimento da solicitação ou da conclusão do exame pericial.

7.3. Admite-se como estipulante de seguro coletivo apenas aquele que tiver vínculo anterior e não securitário com o grupo de pessoas em proveito do qual contratar o seguro, sem o que o seguro será considerado individual.

7.3.1. O estipulante de seguro coletivo representa os segurados e beneficiários durante a formação e a execução do contrato e responde perante eles e a seguradora por seus atos e omissões.

7.3.2. Salvo disposição em contrário, o estipulante de seguro coletivo sobre a vida e a integridade física do segurado é o único responsável perante a seguradora pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, inclusive a de pagar o prêmio.

7.3.3. A proposta de seguro poderá ser feita diretamente, pelo potencial segurado ou estipulante ou pela seguradora, ou por intermédio de seus representantes.

7.4. Ficará a critério da Seguradora a decisão de informar ou não, por escrito, ao Estipulante, sobre a aceitação da proposta, devendo, no entanto, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, ao mesmo, no caso de sua não aceitação, justificando a recusa.

7.5. A data de aceitação da proposta será aquela em que a Seguradora se manifestar formalmente ou a de término dos prazos previstos no subitem 7.2, nesta última hipótese, em caso de ausência de manifestação formal em contrário, por parte da Seguradora, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

7.6. Aceita a Proposta de Contratação, a Seguradora emitirá e encaminhará ao Estipulante a Apólice de Seguro. Em cada uma das renovações subseqüentes seguirá o correspondente aditivo.

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

7.8. As quantias eventualmente pagas ao estipulante de seguro coletivo pelos serviços prestados deverão ser informadas com destaque aos segurados ou beneficiários nas propostas de adesão, nos questionários e nos demais documentos do contrato

7.9. O simples pedido de cotação à seguradora não equivale à proposta, mas as informações prestadas pelas partes e por terceiros intervenientes integram o contrato que vier a ser celebrado.

7.10. Nos seguros coletivos sobre a vida e a integridade física, a modificação dos termos do contrato em vigor que possa gerar efeitos contrários aos interesses dos segurados e beneficiários dependerá da anuência expressa de segurados que representem pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo.

7.11. Mudança de titularidade, beneficiário do contrato ou qualquer transferência de interesse garantido, respeitando as condições contratuais e legais, estará condicionada à anuência prévia e expressa da seguradora, a ser formalizada no prazo de até 30 dias contados da data da transferência, sob pena de cancelamento do contrato de seguro.

7.12. Quando não prevista no contrato anterior, a modificação do conteúdo dos seguros coletivos sobre a vida e a integridade física, em caso de renovação, dependerá da anuência expressa de segurados que representem pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo.

7.13. As condições Particulares do seguro prevalecem sobre as Especiais, e estas, sobre as Gerais.

8. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

8.1. O Grupo Segurável será constituído pelo total de Empregados que constarem e tiverem recolhimento na GFIP (ou documento equivalente) e/ou Sócios/Diretores constantes no Contrato Social ou Estatuto do Estipulante ou Subestipulante.

8.1.1. A declaração inicial do risco será prestada pelo segurado no questionário contendo as informações que a seguradora considerar relevantes.

8.1.2. A aceitação da proposta feita pela seguradora somente se dará pela manifestação expressa de vontade ou por ato inequívoco do destinatário.

8.2. O Grupo Segurável poderá ser dividido em dois subgrupos:

I. Empregados: constituído por todos os empregados constantes na Relação de Empregados anexa à Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP), que tenham completado 1 (um) mês de vinculação ao Estipulante;

II. Sócios/Diretores: constituído por todos os sócios e dirigentes constantes no Contrato Social ou alteração contratual vigente do Estipulante, na data da assinatura da Proposta de Contratação.

8.2.1. O presente Seguro não poderá ser contratado em favor apenas do subgrupo de sócios.

8.2.2. Para fins de contratação do presente Seguro, a apólice deverá ter, no mínimo, 2 (dois) segurados principais.

8.3. Somente serão aceitas neste Seguro as pessoas que:

- gozarem de boas condições de saúde;
- contarem no mínimo 14 (quatorze) anos e no máximo 70 (setenta) anos de idade, na data de início de Vigência do risco individual;
- estejam em plena atividade profissional;
- constem na Relação de Empregados anexa à Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) relativa ao mês anterior ao do início de Vigência do Seguro, no caso de empregados;
- constem no Contrato Social ou alteração contratual vigente no mês anterior ao do início de Vigência do Seguro, no caso de sócios.

8.3.1. Grupo Segurado é o grupo de empregados de um mesmo empregador que tem necessariamente vínculo empregatício com o Estipulante. Os novos componentes serão incluídos no Seguro a partir da data de admissão no emprego, desde que atendidas as condições do subitem 8.3 acima.

8.3.2. Não poderão participar do seguro, bem como não serão considerados como componentes do Grupo Segurado para efeito da Apuração do Capital Segurado em caso de Sinistro, mesmo que constante da GFIP ou do Contrato Social, os funcionários e/ou dirigentes que se enquadrarem nas seguintes situações:

- a) os afastados na data do início da vigência da Apólice, que passarão a ter cobertura somente após o retorno a sua respectiva atividade laborativa.**
- b) os funcionários aposentados por Órgão de Previdência Oficial na data do início de vigência da Apólice ou que vierem a se aposentar no decorrer da vigência do seguro,**

exceto os aposentados por tempo de serviço que estejam em plena atividade laborativa junto ao Estipulante e que sejam constantes da GFIP ou do Contrato Social.

9. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

9.1 O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, porém é o único responsável para com a mesma, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

9.2 É expressamente vedado ao Estipulante:

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

10. OBRIGAÇÕES

10.1. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados;
- 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 à Apólice, 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, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar, de imediato, a SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado;
- k) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- m) comunicar formal e expressamente à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e Segurados, e/ou da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às garantias do Seguro, se restar provado que silenciou de má-fé;
- n) o fornecimento da GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) devidamente quitada, referente ao mês anterior ao da ocorrência de qualquer evento coberto por este Seguro, bem como dos demais documentos necessários à pronta regulação e liquidação do sinistro.

10.1.1. O não pagamento dos Prêmios à Seguradora, acarretará o cancelamento do

Seguro, se o prazo for superior a 90 (noventa) dias para pagamento de prêmio mensal e de 30 (trinta) dias para pagamento de prêmio anual, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

10.1.2 Por determinação da SUSEP, é imprescindível que o Estipulante encaminhe à Seguradora, periodicamente, por meio magnético, relação dos Segurados existentes, com suas correspondentes informações cadastrais solicitadas por ocasião da apresentação da proposta, bem como pertinentes ao Capital Segurado, conforme layout em vigor.

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

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

10.1.5. O Estipulante comunicará à Seguradora todas as inclusões e exclusões de Segurados, as quais serão devidamente registradas pela Seguradora, bem como informará previamente todas as modificações na situação do Segurado que impliquem a alteração de seus capitais, garantias e Prêmios.

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

10.1.7. É expressamente vedado ao Estipulante:

a) rescindir o Contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado;

b) 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

c) vincular a contratação de Seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

10.2. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA:

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

b) informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante, sempre que lhe for solicitada;

c) prestar ao Estipulante todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de Seguro.

10.3. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO:

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

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

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

10.4. Comunicada pelo Estipulante ou Segurado de qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, conforme alínea “I” do subitem 10.1. anterior, ou subitem 10.3.2 anterior a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do comunicado expresso para, por escrito, dar ciência ao Estipulante ou Segurado, conforme for o caso, de sua decisão de cancelar o Seguro.

10.5. O cancelamento mencionado no subitem 10.4 anterior só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora, devendo ser restituída ao Segurado à diferença do Prêmio, se houver, relativo ao período em que a Garantia não mais vigorará.

11. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

11.1 VIGÊNCIA DA APÓLICE

Prazo de Vigência da Apólice é o período anual compreendido entre a data de início de vigência da Apólice e seu vencimento. O prazo de vigência contratado será definido nas Condições Contratuais do Seguro e poderá ser estendido por até 5 anos.

11.1.1. As Apólices e os Endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

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

11.1.3. Nos Contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de Prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará do Contrato da Apólice.

11.1.4. Os Contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do Prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, ou data posterior, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará do Contrato da Apólice.

11.2 RENOVAÇÃO DA APÓLICE

Nos seguros com previsão de renovação automática, a seguradora deverá, em até 30 (trinta) dias antes de seu término, cientificar o contratante de sua decisão de não renovar ou das eventuais modificações que pretenda fazer para a renovação. As Apólices poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, sendo as renovações posteriores realizadas de forma expressa.

11.2.1. A renovação que não implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada na forma expressa.

11.2.2. A renovação que implicar em alteração da Apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do Grupo Segurado.

11.2.3 A renovação automática a que se refere o primeiro parágrafo do subitem 11.2 anterior não se aplica aos Estipulantes ou à Seguradora que comunicar o desinteresse na continuidade do plano.

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

11.2.5. Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos Prêmios pagos nos termos da Apólice.

12. CAPITAL SEGURADO GLOBAL

É o valor total estipulado pelas partes, expresso em moeda corrente nacional, determinado no momento da contratação do Seguro, devendo constar na respectiva Proposta de Contratação e na Apólice do Seguro, podendo sofrer alterações, a pedido do Estipulante, para atender as necessidades de Capital Segurado decorrentes da variação do número de segurados, durante a vigência da apólice, observadas as normas destas Condições Gerais.

12.1. Podem ser contratados Capitais Globais diferenciados entre as categorias de Sócios/Diretores e Empregados.

12.2. O valor do Capital Segurado Global será atualizado monetariamente conforme disposto no subitem 14.3.

12.3. O Capital Segurado poderá, ainda, ser definido de acordo com critérios objetivos estabelecidos no Contrato, desde que, não ultrapasse o Limite Técnico de Aceitação da Seguradora.

12.4. Nos seguros sobre a vida e a integridade física, o capital segurado é livremente estipulado pelo proponente, que pode contratar mais de um seguro sobre o mesmo interesse, com a mesma ou com diversas seguradoras.

12.5. O capital segurado, conforme convencionado, será pago sob a forma de renda ou de pagamento único.

É lícita a estruturação de seguro sobre a vida e a integridade física com prêmio e capital variáveis.

13. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

O Capital Segurado Individual será determinado, na data do evento coberto, a partir da divisão do Capital Segurado Global contratado pelo Estipulante, pelo número de empregados do mês que anteceder o evento coberto, somado ao número de sócios e/ou diretores estatutários que constem na participação acionária do Contrato Social, caso os mesmos estejam incluídos no seguro.

O Estipulante poderá estabelecer Capital segurado diferenciado entre o grupo de Sócios/Diretores e Empregados. Nesse caso, o Capital Segurado Individual será calculado de acordo com os subitens 13.1 e 13.2 posteriores.

13.1. No caso de um Capital Segurado diferenciado para o Grupo de Empregados, o mesmo será estabelecido na Proposta de Contratação.

13.1.1 O Capital Individual para o Grupo de Empregados poderá ser o resultado da divisão do Capital Segurado Global, pelo total de empregados existentes na Guia de recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações a Previdência Social (GFIP) do mês que anteceder o evento coberto.

13.1.2 Não serão aceitos inclusões de pessoas com vínculo estatutário ou prestadores de serviços, nesta modalidade de Capital Segurado.

13.2. No caso de um Capital Segurado diferenciado para o Grupo de Sócios e/ou Diretores Estatutários, o mesmo será estabelecido na Proposta de Contratação.

13.2.1. O Capital Individual para o Grupo de Sócios e/ou Diretores Estatutários será o resultado da divisão do Capital Segurado Global contratado, pelo total de Sócios e/ou Diretores, que fazem parte do Contrato Social ou da última alteração contratual, na data do evento coberto.

13.2.2. Não serão aceitos inclusões de pessoas com vínculo funcional ou prestadores de serviços, nesta modalidade de Capital Segurado.

13.3 No caso das garantias de Invalidez Permanente Parcial por Acidente e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

13.4 O Capital Segurado Individual será pago sob a forma única, o que constará expressamente da Proposta de Contratação.

13.4.1 O Capital Segurado Individual poderá sofrer alterações tendo em vista o número de segurados constantes como ativos na listagem de atualização que deverá ser encaminhada pelo Estipulante, relativa ao mês anterior à data do evento segurável. Porém, o Capital Segurado Individual apurado para os eventos ocorridos em um mesmo mês será igual para todos os segurados.

13.4.2 Na hipótese de eventual descumprimento do dever de comunicação que trata o item 10.1.2, em caso de ocorrência de sinistro, o capital segurado individual será apurado com base no número de segurados existente quando da última comunicação formal à seguradora quanto à quantidade efetiva de componentes do grupo segurado ou, na sua falta, com base no número de segurados existente à época do início de

vigência da apólice.

13.5 No Seguro de Pessoas para o caso de morte, o Capital Segurado Individual não está sujeito às dívidas do Segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.

13.6 As indenizações garantidas pelas Garantias de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam.

13.7 Para efeito do pagamento da Indenização, considerar-se-á o valor do Capital Segurado em vigor na data de ocorrência do Sinistro.

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

O índice pactuado para atualização de valores relativos às operações derivadas do presente Contrato é o **IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas**.

14.1. No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

14.2. Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado, o índice que vier a substituí-lo.

14.3. Os Capitais Segurados e os Prêmios serão atualizados anualmente, durante a vigência do Seguro, na data de aniversário da Apólice, pelo IPC/FGV - Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas acumulado nos 12 meses que antecedem o mês do aniversário da Apólice.

14.4. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte acidental ou invalidez, serão atualizados pelo IPC/ FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

14.5. A atualização da Indenização, caso a Seguradora não efetue o pagamento dentro do prazo máximo de 30 (trinta) dias, será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

14.6. Para a atualização referida no subitem anterior, o índice pactuado no presente contrato é o IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas. No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

14.7. Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA/IBGE como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado, o índice que vier a substituí-lo.

14.8. Para efeito do disposto no subitem 14.4 anterior, consideram-se as seguintes datas de exigibilidade:

- a) para as Garantias de Acidentes Pessoais, a data do acidente;
- b) para as Garantias de Risco nos Seguros de Pessoas, a data da ocorrência do evento, ressalvado o disposto na alínea a;
- c) para as Garantias de Risco nos Seguros de Pessoas, cuja indenização corresponda ao reembolso de despesas efetuadas, a data do efetivo dispêndio pelo Segurado;
- d) para os valores devidos a título de devolução de prêmio, no caso de recusa da proposta pela Seguradora, a data de formalização da recusa.

15. APLICABILIDADE DE JUROS

Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de juros moratórios de 1% para cada mês de atraso e até o dia do efetivo pagamento quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado em Contrato para esse fim, respeitada a regulamentação específica, particularmente, no que se refere ao limite temporal para a liquidação e a faculdade de suspensão da respectiva contagem.

16. PAGAMENTO DO PRÊMIO

Fica estabelecido que qualquer pagamento do Capital Segurado, por força do presente Contrato, somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Estipulante, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim no documento de cobrança.

16.1. O valor do Prêmio inicial do Seguro será estabelecido conforme o Capital Segurado Global definido pelo Estipulante, o que constará da Proposta de Contratação e da Apólice do Seguro.

16.1.1. O valor do Prêmio será atualizado monetariamente conforme disposto no subitem 14.3.

16.2. O tipo de custeio de prêmio do presente Seguro classifica-se em não contributivo, sendo o prêmio pago integralmente pelo Estipulante.

16.3. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido nas Condições Contratuais.

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

16.4. O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o prêmio se refere.

16.5. Se a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário.

16.6. Caso o Estipulante não efetue o pagamento dos prêmios à Seguradora, fica assegurado o direito do Segurado desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 90 (noventa) dias.

16.7. O Estipulante somente poderá interromper o pagamento dos prêmios se houver o desligamento do Segurado ou mediante pedido formal do mesmo, salvo nos casos de cancelamento da Apólice.

16.8. O plano prevê atualização monetária e juros por atraso no pagamento do prêmio.

16.9. Se o prêmio não for pago até a data limite expressa na Proposta de Contratação, o Estipulante poderá pagar o prêmio atualizado e corrigido com juros moratórios desde a data limite até a data do efetivo pagamento, desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 90 (noventa) dias.

16.10. O índice pactuado para atualização dos valores relativos aos prêmios pagos em atraso pelo Segurado é o IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas.

16.10.1. No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

16.10.2. Caso o Conselho Monetário Nacional - CMN deixe de considerar o IPCA/IBGE

como índice de preços relacionado às metas de inflação, será considerado, o índice que vier a substituí-lo.

16.11. Os valores relativos ao pagamento de prêmios em atraso pelo Estipulante serão acrescidos de juros moratórios de 1% ao mês para cada mês de atraso.

16.12. Fica entendido e acordado que no presente Seguro, os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

16.13. Os valores devidos a título de devolução de prêmios pelas Seguradoras sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no subitem 16.10 anterior, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

16.13.1. No caso de cancelamento do Seguro, os valores de que trata o subitem anterior serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

16.13.2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata o subitem 16.13 anterior serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

16.14. Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.

16.15. A mora suspende automaticamente a garantia somente em caso de não pagamento do prêmio único ou da primeira parcela.

16.15.1. A suspensão somente ocorrerá após o prazo mínimo de 15 dias concedido para o segurado purgar a mora. A resolução somente ocorrerá após o prazo mínimo de 30 dias contados da suspensão da garantia.

17. REABILITAÇÃO DA APÓLICE

A reabilitação da Apólice é possível se os prêmios em atraso forem quitados antes de completados 90 (noventa) dias de atraso e se dará sem interrupção de cobertura, com cobrança retroativa dos prêmios. A Seguradora responderá por todos os sinistros ocorridos, inclusive os sinistros ocorridos no período de inadimplência.

18. CRITÉRIO DE TAXAÇÃO

A(s) taxa(s) deste Seguro será(ão) calculada(s) de acordo com as normas vigentes e de acordo com as taxas indicadas no Contrato da presente Apólice.

18.1. A Seguradora adotará taxas médias tanto para a Garantia Básica quanto para as Garantias Adicionais e Suplementares, com base em experiências observadas.

18.2. No cálculo das taxas considerar-se-á o Capital Segurado Global.

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

18.4. O carregamento estabelecido não poderá sofrer aumento durante a vigência da Apólice, ficando sua redução a critério da Seguradora.

18.4.1. Quando houver redução do carregamento, na forma prevista pelo subitem anterior, o novo valor deverá ser estendido a todos os Segurados da mesma Apólice Coletiva.

19. REAVALIAÇÃO DA TAXA

As taxas serão reavaliadas anualmente e serão alteradas caso venham a se mostrar inadequadas.

19.1 O critério de reavaliação tomará por base a seguinte metodologia:

I. Na data da reavaliação será apurada a sinistralidade média da carteira.

II. Na data da reavaliação será apurado também a sinistralidade média do mercado conforme publicado no site da SUSEP.

III. Comparar as sinistralidades médias da carteira e de mercado.

IV. Calcular o fator resultante da divisão da Sinistralidade Real pela Sinistralidade Esperada.

19.2 Se o fator encontrado for superior a 1 e inferior a 1,5, será analisado o equilíbrio técnico-atuarial da carteira, podendo gerar reavaliação das taxas caso seja verificada insuficiência na taxa praticada e o critério de reajuste será proposto com base na sinistralidade da carteira, nas informações do Grupo Segurado atual e nos respectivos Capitais Segurados.

19.3 Se o fator resultante da divisão da Sinistralidade Real pela Sinistralidade Esperada for superior a 1,5, o reajuste será proposto com base no próprio fator obtido.

19.4 O período para apuração da sinistralidade da carteira será dos últimos 24 meses anteriores à data da reavaliação.

19.5 A sinistralidade esperada será definida de acordo com os carregamentos previstos na Apólice, o IBNR (Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados), e a Despesa Administrativa, acrescidos de, no mínimo, 10% de margem de segurança e lucro.

19.6 Para a Garantia suplementar de Inclusão de Filhos, a taxa somente será reajustada, caso a média de idade entre os filhos do Grupo Segurado seja superior a 22 anos e se a taxa praticada se mostrar insuficiente para o equilíbrio técnico-atuarial da carteira.

19.7 Quaisquer alterações nas taxas puras anuais, adotadas no plano, serão previamente submetidas à SUSEP.

19.8 Qualquer alteração das taxas de Seguro, por implicar em ônus aos Segurados, dependerá da anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado, e será realizada por aditivo à Apólice, ratificada pelo correspondente aditivo.

20. CANCELAMENTO DA APÓLICE

O não pagamento do Prêmio por parte do Estipulante nos prazos estipulados nas Condições Contratuais poderá acarretar o cancelamento automático da Apólice, se não houver regularização dos Prêmios antes de completar 90 (noventa) dias da parcela vencida e não paga.

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

20.2. O Contrato de Seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, **com a anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.**

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

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

20.4. As Garantias deste plano de Seguro cessarão automaticamente para o Segurado:

- a) com o cancelamento da Apólice;
- b) no caso de o Segurado, por qualquer motivo, vir a desligar-se do Estipulante, das Apólices e, conseqüentemente, do Grupo Segurado;
- c) a partir da data em que o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da Apólice deste Seguro;
- d) quando o Estipulante deixar de pagar o prêmio por período superior a 90 (noventa) dias;
- e) no caso de Garantia Adicional ou Suplementar, além dos casos previstos anteriormente, com o cancelamento da respectiva cláusula; ou
- f) quando o Segurado ou Beneficiário for indenizado pela Garantia Básica de Morte Acidental ou pelas Garantias Adicionais de Invalidez Permanente Total por Acidente, de Reembolso de Despesas com Funeral, de Auxílio Funeral ou de Assistência Funeral do presente Seguro.

20.5. Não obstante o disposto no subitem anterior, a cobertura do Segurado vigorará até o último dia do mês referente ao último Prêmio pago, se o Prêmio houver sido pago pelo Estipulante antes daquelas datas.

20.6. Além dos casos previstos de cancelamento da Apólice, esse seguro será obrigatoriamente cancelado, para o Segurado Cônjuge, nas seguintes situações :

- a) exclusão do Segurado Principal da Apólice, inclusive por morte;
- b) quando for cancelada a Condição Especial de Inclusão de Cônjuges, na forma de inclusão automática;
- c) separação judicial ou divórcio; ou
- d) cancelamento de seu registro, quando se tratar de companheira(o);
- e) a pedido do Segurado Principal;
- f) quando o Beneficiário for indenizado pela Garantia Básica de Morte Acidental ou pelas Garantias Adicionais de Invalidez Permanente Total por Acidente, de Reembolso de

Despesas com Funeral, de Auxílio Funeral ou de Assistência Funeral.

20.7. Além dos casos previstos de cancelamento da Apólice, esse seguro será obrigatoriamente cancelado, para o Segurado Filho, nas seguintes situações :

- a) exclusão do Segurado Principal, inclusive por morte;**
- b) quando for cancelada a Condição Especial de Inclusão de Filhos, na forma de inclusão automática;**
- c) cessação da condição de dependente, como previsto no Regulamento do Imposto de Renda;**
- d) quando o filho atingir 21 anos de idade ou aos 24 anos se estiver cursando ensino superior;**
- e) a pedido do Segurado Principal; ou f) morte do filho; g) quando o Beneficiário for indenizado pela Garantia Básica de Morte Acidental ou pelas Garantias Adicionais de Reembolso de Despesas com Funeral ou de Assistência Funeral.**

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para o recebimento do pagamento do Capital Segurado, o Segurado ou o Beneficiário deverá apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante, o formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou Beneficiário, de acordo com o subitem 21.16 destas Condições Gerais.

21.1. A Indenização, de acordo com o plano de Seguro contratado, será paga sob a forma única, o que constará expressamente da Proposta de Contratação e da Apólice do Seguro.

21.2. Os pagamentos relativos às Garantias deste Seguro têm o prazo máximo limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos.

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

21.2.2. O não pagamento da indenização no prazo previsto no subitem

21.2 anterior, implicará na aplicação de juros moratórios a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.

21.2.3. Os juros moratórios e sua forma de aplicação, citados no subitem anterior, estão fixados no item 15.

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

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

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

21.3.3. 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.

21.4. Poderá ser solicitado o comprovante do último Prêmio quitado para fins de verificação da cobertura, se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento, porém anterior a data do sinistro.

21.5. Faculta-se às Seguradoras, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos.

21.6. Os prazos prescricionais referentes a este Seguro são aqueles previstos pela legislação.

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

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

21.9. 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.

21.10. As Garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas garantidas no presente Contrato devem ser comprovadas através de declaração médica, observando-se o disposto nos subitens 21.10.1, 21.10.2, 21.10.3 e 21.10.4. posteriores.

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

21.10.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

21.10.3. A Aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de Invalidez Permanente. Este deve ser comprovado na forma prevista no contrato.

21.10.4. A Seguradora reserva-se 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.

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

21.12. É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial.

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

21.14. Não serão exigidas certidões de nascimento atualizadas para fins de liquidação de sinistros.

21.15. Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

21.16. Documentação obrigatória em caso de ocorrência de sinistro:

a) Para a Garantia de Morte Acidental, na ocorrência do sinistro, compete ao Estipulante e/ou aos Beneficiários, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras; Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso, ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada);
- Laudo do teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico do IML;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico, desde que o segurado figure como condutor do veículo. Este documento é dispensável caso conste no Boletim de Ocorrência Policial a identificação do condutor e os dados da CNH; CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (para o caso de acidente na empresa); Cópia autenticada do Laudo Cadavérico do IML (quando houver).
- Relação de Empregados anexa à GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) vigente do mês anterior à data do Evento, quando o Segurado pertencer ao subgrupo de empregados; e
- Contrato Social ou alteração contratual vigente do mês anterior à data do Evento, quando o Segurado pertencer ao subgrupo de sócios.

a) Para a Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, na ocorrência do sinistro, compete ao Estipulante, ao Segurado ou seu representante, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras, com assinatura do médico assistente, carimbo com o CRM do médico, seu endereço, CNPJ e reconhecimento de firma deste último;
- Relatórios médicos;
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Cópia do Termo ou da carta de concessão da Aposentadoria do INSS;
- Cópia de exames e radiografias com laudos que comprovam a Invalidez do Segurado;
- Relação de Empregados anexa à GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) vigente do mês anterior à data do Evento, quando o Segurado pertencer ao subgrupo de empregados; e
- Contrato Social ou alteração contratual vigente do mês anterior à data do Evento, quando o Segurado pertencer ao subgrupo de sócios.

c) Para a Garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, na ocorrência do sinistro, compete ao Segurado ou seu representante, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado; Notas Fiscais originais;
- Comprovação dos exames médicos que tenham sido realizados; Receita Médica.
- Boletim de Ocorrência Policial ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada);

d) Para a Garantia de Reembolso de Despesas com Funeral e de Assistência Funeral, na ocorrência do sinistro, compete ao Estipulante e/ou aos Beneficiários, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras; Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada); Nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral; Cópias autenticadas do CPF e RG do Custeador.
- Comprovante de residência do Custeador; Comprovante bancário do Custeador;

21.16.1. Quando contratada a Garantia Suplementar de Inclusão de Cônjuge, os documentos a serem apresentados à Seguradora serão os mesmos mencionados nas alíneas “a”, “b” e “d” do subitem anterior, de acordo a cobertura contratada.

21.16.2. Quando contratada a Garantia Suplementar de Inclusão de Filhos, os documentos a serem apresentados à Seguradora serão os mesmos mencionados nas alíneas “a” e “d” do subitem anterior, conforme a Garantia contratada.

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

21.17.Documentos que qualificam e habilitam o Beneficiário:

a) Quando há designação de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Certidão de Casamento ou Nascimento do Beneficiário (cópia autenticada);
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF dos Beneficiários do Seguro (cópia autenticada) ou de seu representante legal;
- Comprovante de endereço do(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal (cópia autenticada ou original); Comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda e
- Declaração Pública de Convivência Marital (original ou cópia autenticada);
- Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG,
- CPF e comprovante de residência do tutor;
- Termo de Curatela, somente para a garantia de Invalidez e no caso do Segurado encontrar-se totalmente incapaz para responder por seus atos civis (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do curador;
- Autorização para crédito da indenização em conta corrente para cada Beneficiário (somente contas em nome do favorecido ou menor representado, com dados completos da conta corrente para crédito, CPF ou CNPJ).

b) Quando não há designação nominal de Beneficiários, os mesmos deverão apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Certidão de Casamento ou Nascimento do Beneficiário (cópia autenticada);
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF dos beneficiários do seguro (cópia autenticada) ou de seu representante legal;
- Comprovante de endereço do(s) Beneficiário(s) ou de seu representante legal (cópia autenticada ou original); Escritura Pública de declaração de únicos herdeiros legais ou Certidão de Rol de Herdeiros Legais extraída dos autos do processo de inventário do segurado, quando não houver designação de Beneficiários estipulada em contrato;
- Comprovante de dependência no INSS/Imposto de Renda e Declaração Pública de Convivência Marital (original ou cópia autenticada);
- Termo de Tutela, para o(s) Beneficiário(s) órfão(s) menor(es) de 16 anos (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do tutor;
- Termo de Curatela, somente para as Garantias de Invalidez e no caso do segurado encontrar-se totalmente incapaz para responder por seus atos civis (original ou cópia autenticada). Deve ser enviado também RG, CPF e comprovante de residência do curador;
- Autorização para crédito da indenização em conta corrente para cada Beneficiário (somente contas em nome do favorecido ou menor representado, com dados completos da conta corrente para crédito, CPF ou CNPJ);
- Cópia do comprovante bancário de cada beneficiário com os dados completos da conta corrente para crédito em nome do favorecido ou menor representado.

22. PERDA DE DIREITO

22.1. O Segurado perderá o direito à indenização pela agravação intencional e de forma relevante do risco objeto do contrato de seguro. Será relevante o agravamento que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito no questionário de avaliação de risco referido no art. 44 da Lei 15040/24 ou da severidade dos efeitos de tal realização.

22.1.1. descumprimento do dever do segurado em comunicar à seguradora relevante agravamento do risco tão logo dele tome conhecimento. (art. 14), sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora.

22.1.2. descumprimento culposo do dever de comunicar relevante agravamento de risco, ficando obrigado a pagar a diferença de prêmio apurada ou, se a garantia for tecnicamente impossível ou o fato corresponder a tipo de risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, não fará jus à garantia.

22.1.3. Se a seguradora, comunicada nos termos da lei, anuir com a continuidade da garantia, cobrando ou não prêmio adicional, será afastada a perda da garantia.

22.1.4 Ciente do agravamento, a seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio ou, se não for tecnicamente possível garantir o novo risco, resolver o contrato, hipótese em que este perderá efeito em 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação de resolução.

22.1.4.1. A resolução deve ser feita por qualquer meio idôneo que comprove o recebimento da notificação pelo segurado, e a seguradora deverá restituir a eventual diferença de prêmio, ressalvado, na mesma proporção, seu direito ao ressarcimento das despesas incorridas com a contratação.

22.2. O Segurado também perderá o direito à indenização se por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do Seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o Segurado, seus propositos ou seus Beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e/ou seu representante legal procurar obter benefícios do presente contrato.

22.3. Se o Segurado, seu representante, ou seu corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

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

I. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

II. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

a) cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada

proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

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

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

22.4. O segurado perderá direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando deixar de comunicar imediatamente à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

22.4.1 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a Garantia contratada.

22.4.2 O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída à diferença de Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

22.5. O Segurado perderá o direito ao pagamento do Capital Segurado quando deixar de participar o sinistro à Seguradora, tão logo tome conhecimento, e não adotar as providências imediatas para minorar suas consequências.

22.6. O segurado perderá o direito ao pagamento do Capital Segurado quando o sinistro decorrer de dolo do Segurado, má fé, fraude e/ou simulação.

22.7. O Segurado perderá o direito ao pagamento do Capital Segurado em caso de inobservância das obrigações convencionadas nas condições deste Seguro.

23. BENEFICIÁRIOS

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

23.1.1. Se a Seguradora não for cientificada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

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

23.2.1 Na falta de indicação do beneficiário ou não prevalecendo a indicação feita, o capital segurado será pago ou, se for o caso, será devolvida a reserva matemática por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do segurado.

23.2.1.1. Não prevalecerá a indicação de beneficiário nas hipóteses de revogação da doação, observados os arts. 555, 556 e 557 da Lei nº 10.406 de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil).

23.2.1.2. Salvo renúncia do segurado, é lícita a substituição do beneficiário do seguro sobre a vida e a integridade física por ato entre vivos ou por declaração de última vontade.

23.2.1.3. Se não houver beneficiários indicados ou legais, o valor será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência.

23.2.1.4. O beneficiário não terá direito ao recebimento do capital segurado quando o suicídio voluntário do segurado ocorrer antes de completados 2 (dois) anos de vigência do seguro de vida.

23.2.1.5. Quando o segurado aumentar o capital, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio no prazo previsto no *caput* deste artigo.

23.2.1.6. Quando a seguradora não identificar o beneficiário ou dependentes do segurado, deverá destinar o capital segurado ao Fundo Nacional para Calamidades Públicas, Proteção e Defesa Civil (Funcap).

23.3. É válida a instituição do(a) companheiro(a) como Beneficiário, se ao tempo do Contrato o Segurado era separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

23.4. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado principal e do(s) Segurado(s) dependente(s), os Capitais Segurados referentes às garantias dos Segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

23.5. Não se pode instituir Beneficiário a pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.

23.6. Inexistindo a indicação de Beneficiários por parte do Segurado Principal, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o pagamento do Capital Segurado será efetuado conforme Legislação em vigor, apresentada abaixo:

23.6.1. Segurado(a) casado, que não possua descendentes ou ascendentes: 100% ao cônjuge

23.6.2. Segurado(a) casado, que possua descendentes da união atual e/ou de uniões anteriores: 50% ao cônjuge, independentemente do regime de casamento, e os outros 50% serão pagos conforme artigo 1.845, 1.829 e inciso I em concordância com 1.832 do Código Civil, ou seja:

I. Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime da comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares.

II. Na hipótese do cônjuge estar em concorrência com os descendentes caberá ao cônjuge quinhão igual aos dos que sucederem por cabeça, não podendo a sua quota ser inferior à quarta parte da herança, se for ascendente dos herdeiros com quem concorrer.

23.6.3. Segurado(a) casado, que não possua descendentes e possua ascendentes: 50% ao cônjuge, independentemente do regime de casamento, e os outros 50% serão pagos conforme artigo 1.829 e inciso II em concordância com 1.836 e 1.837 do Código Civil, ou seja:

I. Aos ascendentes em concorrência com o cônjuge.

II. Concorrendo com ascendente em primeiro grau, ao cônjuge competirá 1/3 (um terço) do Capital Segurado, todavia, caber-lhe-á a metade deste se houver um só ascendente, ou se maior for àquele grau (avós).

23.6.4. Segurado solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), com companheiro(a) legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e que não possua descendentes ou ascendentes: 100% ao companheiro(a).

23.6.5. Segurado solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), com companheiro(a) legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes, que possua descendentes da união atual e/ou de uniões anteriores: 50% ao companheiro(a) e os outros 50% serão pagos conforme artigo 1.829 e inciso I em concordância com 1.832 do Código Civil, ou seja:

I. Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime da comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares.

II. Na hipótese do cônjuge estar em concorrência com os descendentes caberá ao cônjuge quinhão igual aos dos que sucederem por cabeça, não podendo a sua quota ser inferior à quarta parte da herança, se for ascendentes dos herdeiros com quem concorrer.

23.6.6. Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e com descendentes: 100% aos descendentes, divididos em partes iguais.

23.6.7. Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes, sem descendentes e com ascendentes: 100% aos ascendentes, divididos em partes iguais.

23.6.8. Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e sem descendentes ou ascendentes: 100% aos sucessores colaterais.

23.6.9. Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e sem descendentes, ascendentes ou sucessores colaterais: 100% àqueles que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

23.7. Somente é reconhecido o direito sucessório, e conseqüentemente a qualidade de Beneficiário do cônjuge sobrevivente, se esta lhe couber, se ao tempo da morte do Segurado não estavam separados judicialmente, nem separados de fato há mais de 2 (dois) anos, salvo prova, neste caso, de que esta convivência se tornara impossível sem culpa do cônjuge sobrevivente.

23.8. Na garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas o Beneficiário será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com o subitem 23.6 desta cláusula beneficiária.

23.9. Para o reembolso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, o Segurado poderá sub-rogar a terceiros (pessoa física ou jurídica responsável pelo pagamento das despesas médicas, hospitalares e odontológicas por acidente pessoal coberto do segurado, devidamente comprovado) o seu direito à indenização.

23.10. Para o Reembolso de Despesas com Funeral e para a Assistência Funeral, será considerado como Beneficiário, a(s) pessoa(s) indicada(s) na(s) Nota(s) Fiscal(is) do(s) serviço(s), que tenham arcado com as despesas para organização do funeral do Segurado.

23.11. Para a Garantia de Morte Acidental e de Auxílio Funeral, será considerado como Beneficiário, a pessoa indicada, mediante aviso escrito à Seguradora, e na falta de indicação, conforme subitem 23.6

24. INCLUSÃO DE DEPENDENTES

Podem ser incluídos neste Seguro como dependentes do Segurado Principal: cônjuge, filhos/enteados e outros definidos nas condições contratuais, desde que estes não pertençam ao grupo segurável principal. Quando os Segurados principais tiverem dependentes comuns, estes serão incluídos, uma única vez, pelo Segurado cujo valor do Capital Segurado na Garantia básica for maior.

24.1. A indenização por morte do dependente é devida ao Segurado Principal.

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

24.3. Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de Garantias relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado principal ou dependente.

24.4. O Capital Segurado Individual do componente dependente, em quaisquer garantias, não pode ser superior ao do Segurado Principal.

25. REGIME FINANCEIRO

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

25.1. O Prêmio a ser restituído nas hipóteses do item anterior serão atualizados de IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que venha a substituí-lo.

25.1.1 No caso de extinção do índice pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

26. SUB-ROGAÇÃO

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

27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Estipulante e/ou Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais, as Condições Especiais e a Nota Técnica Atuarial submetidas a SUSEP.

28. RATIFICAÇÃO

Ratificando o disposto no item 3 destas Condições Gerais, considerar-se-ão cobertos os riscos devidamente relacionados, em item específico, no Contrato da Apólice, que fazem parte integrante e inseparável da Apólice.

29. FORO

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

29.1. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição do foro diverso daquele previsto no item 29 anterior.

30. DISPOSIÇÕES GERAIS:

30.1 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.

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

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

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

30.5 Qualquer modificação da Apólice que implicar em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

MORTE ACIDENTAL (MA)

1. Objetivo

Garantir o pagamento de uma indenização ao(s) Beneficiário(s) do Seguro, limitado ao Capital Segurado Individual para esta Garantia, no caso de morte do Segurado causada por acidente coberto, observadas as Condições Gerais deste Seguro.

2. Definição

Conforme subitem 2.1 das Condições Gerais, Acidente Pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta à morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se o disposto nos riscos cobertos, descritos no item 3 posterior.

3. Riscos Cobertos

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

- a) 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 seqüestros e tentativas de seqüestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k) queda n'água ou afogamento.

4. Âmbito Geográfico das Coberturas

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5. Carência

Para todas as Cláusulas de Garantias do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua adesão ao Seguro.

6. Acumulação das Indenizações

As indenizações por Invalidez Permanente Parcial por Acidente e Morte Acidental não se acumulam. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado Individual por Morte.

7. Ocorrência do Acidente

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

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

7.1.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação de apresentar o formulário de Aviso de Sinistro e documentos correlatos, de acordo com a alínea “a” do subitem 21.16 destas Condições Gerais, com informações completas sobre o acidente.

8. Comprovação do Acidente

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

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

8.2. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

8.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado.

9. Ratificação

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

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. Objetivo

Garantir ao Segurado, o pagamento de uma indenização limitado ao Capital Segurado Individual da garantia de Morte Acidental, caso o Segurado venha a ficar parcial ou totalmente inválido, em caráter permanente, em consequência de acidente coberto, observadas as Condições Gerais deste Seguro.

2. Definições

Conforme subitem 2.1 das Condições Gerais, Acidente Pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta à morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se o disposto nos riscos cobertos, descritos no item 3 posterior.

2.1. A Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

3. Riscos Cobertos

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

- a) 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 seqüestros e tentativas de seqüestros;
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k) queda n'água ou afogamento.

4. Âmbito Geográfico da Cobertura

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5. Carência

Para todas as Cláusulas de Garantias do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua adesão ao Seguro.

6. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

No caso da ocorrência do evento coberto, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez

permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE – DISCRIMINAÇÃO	% sobre CS
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100

PARCIAL DIVERSAS – DISCRIMINAÇÃO	% sobre CS
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

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES - DISCRIMINAÇÃO	% sobre CS
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 metarcarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metarcarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES - DISCRIMINAÇÃO	% sobre CS
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	

PARCIAL MEMBROS INFERIORES - DISCRIMINAÇÃO	% sobre CS
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 - DISCRIMINAÇÃO	% sobre CS
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
Encurtamento de um dos membros inferiores	
- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6
menos de 3 (três) centímetros	sem indenização

6.1. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

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

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

6.4. 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).

6.5. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

6.6. 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.

7. Acumulação das Indenizações

As indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Morte Acidental não se acumulam. Se depois de paga indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificar-se a morte do Segurado, em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente deve ser deduzida do valor do Capital Segurado por morte, se contratada esta Garantia.

8. Reintegração de Capital

No caso de Invalidez Parcial o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

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

9. Ocorrência do Acidente

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

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

9.1.1. A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado ou seu representante da obrigação de apresentar o formulário e documentos correlatos, de acordo com a alínea “b” do subitem 21.16 destas Condições Gerais, com informações completas sobre o acidente.

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

10. Comprovação do Acidente

O Segurado, ou seu representante, para recebimento do pagamento do Capital Segurado Individual para esta Garantia, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

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

10.2. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente, em caso de dúvida fundada e justificável.

10.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente, não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado Individual.

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

11. Junta Médica

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

A junta médica de que trata o subitem anterior 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.

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.

12. Ratificação

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

DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E/OU ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. Objetivo

Garantir o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto e está limitado ao Capital Segurado Individual da Garantia Básica de Morte Acidental.

2. Riscos Cobertos

Despesas médicas, hospitalares e odontológicas para eventos diretamente ligados a causas acidentais do Segurado Principal.

3. Âmbito Territorial da Cobertura

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

4. Carência

Para todas as Cláusulas de Garantias do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua adesão ao Seguro.

5. Da Realização dos Serviços

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

6. Da Comprovação das Despesas

Devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais e demais documentos necessários à comprovação do acidente, descritos na alínea "c" do subitem 21.16 das Condições Gerais.

7. Reembolso

O Segurado poderá sub-rogar a terceiros (pessoa física ou jurídica responsável pelo pagamento das despesas médicas, hospitalares e odontológicas por acidente pessoal coberto do segurado, devidamente comprovado) o seu direito ao reembolso.

8. Concorrência de Apólices

Caso o Segurado possua mais de uma Apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas médicas, hospitalares e odontológicas, conforme ressalva contida no subitem anterior, a responsabilidade desta Seguradora, nesta Apólice, será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as Apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta garantia em cada uma delas.

8.1 Pelo mesmo acidente, o reembolso não poderá superar o limite máximo contratado para a Garantia de DMHO.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

No caso de utilização do reembolso por esta Garantia, o Capital

Segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes eventos, não poderá exceder ao Capital Segurado Individual contratado na Garantia Básica de Morte Acidental.

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

10. RATIFICAÇÃO

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

REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL (RDF-MA)

1. Objetivo

Garantir o reembolso de despesas com funeral ao(s) Beneficiário(s), na hipótese de ocorrência de morte acidental do Segurado, conforme previsto nestas condições, observado o disposto no subitem 1.1 posterior. observado o item 4 das Condições Gerais.

1.1 A indenização de reembolso das despesas com o Funeral será concedida:

- a) no Plano Individual: a todos os Segurados Principais (excluído cônjuge e filhos); e
- b) no Plano Familiar: a todos os Segurados Principais, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a) e os filhos menores de 21 anos ou até 24 anos se estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação e os dependente(s) legal(is) do Segurado.

2. Objetivo

Esta garantia prevê a Garantia de Morte Acidental do Segurado e/ou Familiares (Cônjuge ou Companheiro(a) e Filho(s), se contratada esta Garantia para os Segurados Dependentes), sendo caracterizado pelo Reembolso de Despesas com Funeral, até o limite estabelecido na Apólice.

3. Carência

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

4. Reembolso

Em caso de falecimento do Segurado, o pedido de reembolso deverá ser requerido diretamente à Seguradora, mediante a apresentação dos documentos listados na alínea “d” do subitem 21.16 das Condições Gerais.

4.1. O reembolso será único e limitado ao valor das despesas com o funeral, estabelecido e acordado entre as partes no Contrato, desde que estejam devidamente comprovadas através da apresentação de notas fiscais originais.

5. Âmbito Territorial da Cobertura

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. Concorrência de Apólice

Caso o segurado possua mais de uma apólice nesta ou em outra Seguradora, garantindo as despesas com o reembolso do funeral e a soma dos limites de indenização das apólices concorrentes seja superior ao valor da despesa, a responsabilidade desta Seguradora será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices vigentes na data do sinistro, sendo o rateio proporcional ao limite segurado garantido por cada uma das Apólices concorrentes.

7. Ratificação

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

8. Disposição Geral

O pagamento desta Garantia não obriga a Seguradora a dar cobertura às demais garantias contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

NÃO PODERÃO SER CONTRATADAS EM CONJUNTO AS GARANTIAS REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL, ASSISTÊNCIA FUNERAL E AUXÍLIO FUNERAL.

AUXÍLIO FUNERAL POR MORTE ACIDENTAL (AUXF-MA)

1. Objetivo

Garantir ao(s) Beneficiário(s) o custeio das despesas com o funeral do Segurado, em caso de morte acidental, até o limite do Capital Segurado dessa garantia, observados os termos das Condições Contratuais e desde que tenha havido a contratação da Garantia Básica de Morte Acidental, observado o item 4 das Condições Gerais.

2. Carências

Para todas as garantias do Seguro de Vida haverá carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou de seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

3. Âmbito Territorial da Cobertura

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

4. Pagamento do Capital Segurado

O pagamento do Capital Segurado seguirá as mesmas regras descritas no item 21 das Condições Gerais e será exigida a apresentação dos documentos listados na alínea "a" do subitem 21.16 das Condições Gerais.

5. Ratificação

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

6. Disposição Geral

O pagamento desta garantia não obriga a Seguradora a dar cobertura às demais garantias contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.

NÃO PODERÃO SER CONTRATADAS EM CONJUNTO AS GARANTIAS DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL, ASSISTÊNCIA FUNERAL E AUXÍLIO FUNERAL.

INCLUSÃO DE CÔNJUGE E DEPENDENTES (ICD)

1. Objetivo

Garantir ao Beneficiário o pagamento de uma indenização limitada a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual relativo à Garantia de Morte Acidental do Segurado Principal, na hipótese de morte ou invalidez, em consequência de acidente coberto, do cônjuge do Segurado Principal.

1.1. Poderão ser incluídos por essa garantia o Cônjuge, Filhos/Enteados, assim como os Dependentes conforme legislação aplicável para o IRPF. Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos Segurados Principais, se ao tempo do Contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

1.2. Não participam desta cláusula os Cônjuges ou Dependentes que façam parte do Grupo Segurado Principal.

2. Riscos Cobertos

Os Cônjuges e Dependentes poderão ser garantidos pela Garantia Básica de Morte Acidental, e pelas Garantias adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Reembolso de Despesas com Funeral e Auxílio Funeral.

2.1. As Garantias em que os cônjuges e/ou dependentes serão incluídos e os respectivos Capitais Segurados, limitados ao máximo de 100% daqueles do Segurado Principal, serão definidos em aditivo à Apólice ou em seu Contrato.

2.2 Para os menores de 14 anos o Seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

3. Âmbito Territorial da Cobertura

O presente Seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

4. Carência

Para todas as Cláusulas de Garantias do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua adesão ao Seguro.

5. Forma Automática de Inclusão

Nesta modalidade de inclusão, ficam incluídos na Apólice os cônjuges de todos os Segurados Principais, **exceto aqueles que já fizeram parte do Grupo Segurado Principal.** Neste caso, os prêmios correspondentes aos cônjuges serão pagos por todos os componentes do Grupo Segurado.

6. Beneficiário

O Beneficiário do Seguro do cônjuge no caso de sua Morte será sempre o Segurado Principal e nos casos de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será o próprio cônjuge.

6.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, os Capitais Segurados referentes às Garantias dos Segurados, Principal e Dependente, deverão ser pagos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

7. Cancelamento do Seguro do Cônjuge

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

a) Nos casos de exclusão do Segurado Principal da Apólice, inclusive por morte;

- b) no caso de separação judicial ou divórcio; ou**
- c) no caso de cancelamento de seu registro, quando se tratar de companheira(o).**

8. Ratificação

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

DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DIT-A)

1. Objetivo

1.1. Garantir uma indenização ao Segurado, referente ao pagamento de diárias, por cada dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar, caso ocorra internação decorrente de Acidente Pessoal, sendo certo que a Cobertura respeitará o limite máximo determinado nas Condições Contratuais e dentro da vigência nos termos destas Condições Gerais, e desde que contratada pelo segurado.

2. Capital Segurado

2.1. É o valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro e será definido nas Condições Contratuais.

2.2. A Indenização consiste no pagamento do valor da diária contratada, durante o período de efetivo afastamento limitado ao período indenitário contratado.

2.3. O valor do Capital Segurado contratado para a Cobertura da Diária de Incapacidade será devido a partir do primeiro dia após o período de franquia do seguro.

2.4. Será iniciado o pagamento das diárias por Incapacidade Física e Temporária por Acidente no prazo máximo de 30 (trinta) dias a contar da data de protocolo da entrega da documentação respectiva a Seguradora.

2.5. Nos casos em que o período da Incapacidade Física e Temporária por Acidente não superar 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará um único pagamento no valor total das diárias correspondentes.

2.6. Para períodos de Incapacidade superiores a 30 (trinta) dias, a seguradora efetuará o pagamento em parcelas quinzenais ao segurado. Para o recebimento das parcelas o Segurado deverá enviar a seguradora Declaração Médica atualizada comprovando a incapacidade temporária referente ao período de pagamento da referida parcela.

2.7. Independente da quantidade de eventos caracterizados e cobertos pelas condições da apólice, o montante de diárias indenizáveis a cada segurado, considerando cada período anual de vigência da apólice, não poderá exceder o número de diárias contratadas especificamente para este mesmo período, mesmo que perdure a internação do Segurado.

2.8. Todas as despesas efetuadas para a comprovação correrão por conta do Segurado ou seu representante legal.

3. Riscos Excluídos

3.1 Além dos riscos mencionados no item 4. **RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais, estão expressamente excluídos da Cláusula Adicional de Diárias por Incapacidade Temporária:

- a) Lesões decorrentes do desempenho no serviço policial (militar ou civil) ou nas forças armadas, e ainda, de atos reconhecidamente perigosos, inclusive prática de esportes;
- b) Incapacidade causada por doenças, lesões traumáticas e cirurgias comprovadamente anteriores à contratação desta Apólice, para as quais o Segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes dela consequentes;
- c) hospitalização para “check-up”;
- d) Gravidez e suas consequências;
- e) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
- f) Cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo Seguro;
- g) Tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
- h) Qualquer evento consequente de doenças, lesões traumáticas ou cirurgias,

comprovadamente causadas por:

tentativa de suicídio voluntário e premeditado, desde que este ocorra nos dois primeiros anos de vigência da apólice;

epidemia declarada por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, convulsões da natureza;

procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes;

i) Síndrome do pânico;

j) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;

k) Qualquer sinistro que impossibilite o segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 15 (quinze) dias;

l) Tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;

m) As instabilidades crônicas (agonizadas ou não) de qualquer articulação, as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite, reumatóide e osteoartrose;

n) As lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;

o) Laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;

p) Ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

q) Cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.

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

s) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como:

- Lesão por Esforços Repetitivos – LER;

- Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao trabalho – DORT;

- Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC;

- Similares que venham a ser aceitas pela classe médico-cinética, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

t) Envenenamento de caráter coletivo.

3.2. Fica ainda excluído do risco garantido por esta Cláusula Especial, qualquer afastamento quando concomitantemente o segurado estiver exercendo parcialmente alguma atividade relativa à sua profissão ou ocupação que lhe atribua renda.

4. Beneficiários

4.1. O Beneficiário desta Cobertura será sempre o Segurado principal.

5. Limite das Diárias

5.1. O limite de diárias constará das Condições Contratuais, podendo ser de até, no máximo, 180 (cento e oitenta) dias por vigência do Contrato e por evento, não sendo cumulativas as diárias não utilizadas pelo Segurado no evento anterior. Pelo mesmo evento, o número de diárias indenizadas não pode superar o período indenitário contratado.

6. Ocorrência do Sinistro

6.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de “Aviso de Sinistro”, em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

6.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

- a)** Formulário de Aviso de Sinistro para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento – DIT (formulário fornecido pela Seguradora) Anotação do afastamento no campo próprio da Carteira de Trabalho (cópia autenticada);
- b)** RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- c)** Declaração Médica comprovando a incapacidade temporária e fixando o número de diárias de incapacidade;
- d)** Boletim de Ocorrência Policial, se houver, ou Certidão de Ocorrência Policial, cópia;
- e)** Radiografias se houver; o CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, se for o caso;
- f)** Fotocópia do comprovante de residência do segurado;
- g)** Fotocópia do comprovante bancário do segurado.
- h)** Exames e laudos médicos (cópia autenticada);
- i)** Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada).

7. Comprovação do Sinistro

7.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Diária por Incapacidades Temporária, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o afastamento.

7.2. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer indenização.

8. Ratificação

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

AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO (AUXA)

1. Objetivo

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta Cobertura a título de auxílio alimentação, observados os termos das Condições Contratuais e desde que tenha havido a contratação da Cobertura Básica de Morte Acidental.

2. Capital Segurado

2.1. O Capital Segurado estará limitado a 100% (cem por cento) do Capital Segurado Individual definido para a Cobertura Básica de Morte Acidental.

2.2. O Capital Segurado é o valor a ser pago em caso de sinistro coberto, definido pelo Estipulante, nas Condições Contratuais.

3. Riscos Excluídos

3.1. Os riscos excluídos referentes a esta Cobertura estão mencionados no subitem 4. RISCOS EXCLUÍDOS das Condições Gerais.

4. Beneficiários

4.1. Quando o segurado for solteiro, será beneficiária a mãe e na sua falta o pai;

4.2 Quando o segurado for casado, será beneficiário o cônjuge ou companheiro(a) reconhecido(a);

4.3 Na falta destes serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

4.4 Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade. O segurador, que não for cientificado oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

5. Ocorrência de Sinistro

5.1. Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, Segurado ou seu representante legal, tão logo se tenha conhecimento, por meio do formulário de "Aviso de Sinistro", em carta registrada, e-mail ou através do SAC da Seguradora à Seguradora ou a seu representante legal.

5.2. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar os seguintes documentos:

a) Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;

b) Certidão de Óbito (cópia autenticada);

c) Certidão de Casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);

d) RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);

e) Cópia do Registro de Empregado (cópia autenticada).

6. Ratificação

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

DESPESAS DIVERSAS POR MORTE ACIDENTAL (DD-MA)

1. Objetivo

Esta Condição Especial integra o **Plano de Acidentes Pessoais Coletivo – Capital Global**, podendo ser comercializado somente como cobertura deste.

2. Definições

Serão utilizadas as mesmas definições do item **2. Definições**, das Condições Gerais.

3. Garantia

É a cobertura que garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência de óbito ou invalidez permanente por acidente do Segurado.

São admitidas as modalidades estabelecidas nas Condições Contratuais do produto.

4. Riscos Excluídos

Serão utilizadas as mesmas exclusões constantes no item **4. RISCOS EXCLUÍDOS** das Condições Gerais do Plano de Acidentes Pessoais Coletivo – Capital Global.

5. Capital Segurado

Para efeito de cobertura e determinação do Capital Segurado, será considerado o valor definido na contratação.

6. Franquia / Carência

I. Não haverá aplicação de franquia para esta cobertura.

II. Os prazos de Carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderão exceder à metade dos períodos de vigência previstos para esta cobertura, nos documentos contratuais.

7. Beneficiários

Em caso de morte por acidente do Segurado:

A qualificação do(s) beneficiário(s) desta cobertura rege-se pelas seguintes condições:

- a) Os beneficiários deste seguro serão designados pelo Segurado no ato da contratação, com a indicação, no mínimo, do nome e grau de parentesco para identificação do(s) mesmo(s).
- b) A qualquer tempo, o Segurado poderá alterar o(s) beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolada junto à Seguradora, não se admitindo a utilização de meios remotos neste procedimento;
- c) Para fins de identificação do(s) beneficiário(s), será sempre considerada a última alteração de beneficiários recebida pela Seguradora, antes da ocorrência do sinistro;
- d) Na falta de indicação de beneficiário, ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que foi feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.
- e) Na falta das pessoas indicadas neste subitem, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- f) 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.
- g) Em sendo os beneficiários menores de idade, a indenização será paga via assistência ou representação de quem de direito.

h) Em caso de Invalidez permanente por acidente do Segurado:

h.1) O beneficiário desta cobertura será o próprio Segurado.

8. Disposições Gerais

Ratificam-se as demais Condições Gerais do Plano de Acidentes Pessoais Coletivo – Capital Global que não sejam revogadas por esta Condição Especial.