



**CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO
DE VIDA EM GRUPO POR FAIXA ETÁRIA
Processo SUSEP nº. 15414.004535/2007-40**

1. OBJETIVO DO SEGURO

O objetivo deste Seguro é garantir o pagamento do Capital Segurado e/ou o reembolso, quando cabível, ao próprio Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), caso ocorra quaisquer dos eventos previstos nas Condições Contratuais deste Seguro, desde que tais eventos estejam incluídos nas Garantias contratadas pelo Estipulante e Segurado.

Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Acidente Pessoal

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 por Acidente, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) 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 acidental 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) 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.

2.2 Aceitação

Ato de admissão, pela Seguradora, de Proposta de Adesão apresentada pelo Estipulante e/ou pelo Segurado para Cobertura do Risco.

2.3 Acidente Vascular Cerebral

Isquemia cerebral ou hemorragia intracraniana, com duração superior à 24 (vinte e quatro) horas, resultante de problemas vasculares e que produz seqüela neurológica definitiva.

2.4 Aditivo

Condição Suplementar incluída no Contrato de Seguro. O termo aditivo também é empregado no mesmo sentido de endosso.

2.5 Agenciamento

Trabalho de convencimento feito junto a pessoas seguráveis a fim de que elas firmem adesão, por meio de proposta individual de adesão, ao Seguro de Vida em Grupo, total ou parcialmente contributários.

2.6 Agravação do Risco

É toda e qualquer mudança que possa alterar o risco coberto pela Seguradora, como por exemplo mudanças de hábitos, prática de esportes,

mudança de residência ou local de trabalho, profissão ou função desempenhada, alterações nas informações prestadas na Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, quando da contratação do seguro.

2.7 Agravo Mórbito

Piora de uma doença.

2.8 AIDS ou SIDA

Síndrome da imunodeficiência adquirida – moléstia decorrente de uma infecção viral, caracterizada por uma deficiência imunológica e associada a infecções oportunistas.

2.9 Alienação Mental

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

2.10 Âmbito de Cobertura

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

2.11 Aparelho Locomotor

Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.12 Apólice de Seguro

Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da Garantia solicitada pelo Estipulante.

2.13 Atividade Laborativa

Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

2.14 Ato Médico

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

2.15 Autotransplante

Transplante de partes do indivíduo em si próprio.

2.16 Auxílio

Ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.17 Aviso de Sinistro

É a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que tenha o seu conhecimento.

2.18 Beneficiário

É a pessoa física ou jurídica designada a receber os valores dos Capitais Segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.19 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.

2.20 Cancelamento

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

2.21 Câncer

Crescimento de um tecido diferente das estruturas normais, cuja multiplicação celular é progressiva e sem controle.

2.22 Capital Segurado

É o valor máximo para a Garantia contratada a ser pago pela Seguradora, na ocorrência do sinistro coberto, vigente na data do evento, pelas Condições Contratuais.

2.23 Cardiopatia Grave

Doença do coração assim classificada segundo os critérios do Consenso Nacional de Cardiopatia Grave.

2.24 Carregamento

É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

2.25 Certificado Individual

É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do Seguro ou da alteração de valores do Capital Segurado ou do prêmio.

2.26 CID-10

É a Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

2.27 Cirurgia Coronariana

Cirurgia de 2 (duas) ou mais artérias coronárias ("By pass") que visa restabelecer o fluxo sanguíneo adequado no músculo cardíaco.

2.28 Cognição

Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, a classificação, no reconhecimento, dentre outros.

2.29 Colateral

São parentes em linha colateral ou transversal, até o quarto grau, as pessoas provenientes de um só tronco, sem descenderem uma da outra. São exemplos: irmãos, tios, sobrinhos, primos, tio-avô, sobrinho-neto; pois os mesmos possuem um ancestral comum.

2.30 Condições Contratuais

É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, do Contrato, da Proposta Individual de Adesão e do Certificado Individual.

2.31 Condições Gerais

É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

2.32 Condições Especiais

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

2.33 Conectividade com a Vida

Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

2.34 Consignante

É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor das Seguradoras, correspondentes aos prêmios devidos pelos Segurados.

2.35 Consumpção

Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.36 Contrato

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

2.37 Contrato do Seguro

Disposição introduzida na Apólice com a finalidade de destacar, enfatizar, especificar e ratificar determinados aspectos da Garantia, enfocados de forma particular.

2.38 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 FUNENSEG.

2.39 Dados Antropométricos

No caso da Garantia por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

2.40 Data do Evento

É data da ocorrência do Evento (Risco Coberto).

2.41 Declaração Médica

Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

2.42 Declaração Pessoal de Saúde

É o questionário, normalmente integrante da proposta individual de adesão, no qual o proponente do Seguro de Vida em Grupo, presta as informações sobre seu estado de saúde e por elas se responsabiliza, sob as penas previstas no Código Civil, substituindo o exame médico.

2.43 Deficiência Visual

Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.44 Disfunção Imunológica

Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

2.45 Doença Crônica

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

2.46 Doença Crônica em Atividade

Doença Crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.47 Doença Crônica de Caráter Progressivo

Doença Crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.48 Doença do Trabalho

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

2.49 Doença em Estágio Terminal

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

2.50 Doença Neoplásica Maligna Ativa

Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam

seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

2.51 Doença ou Lesão Preexistente

É a doença de conhecimento do Segurado e não declarada na Proposta Individual de Adesão.

2.52 Doença Profissional

Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

2.53 Displasia cervical

Crescimento desordenado de células no colo uterino, que podem evoluir para o câncer.

2.54 Estados Conexos

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

2.55 Estipulante

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

2.56 Estorno de Prêmio

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

2.57 Etiologia

Causa de cada doença.

2.58 Evento

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

2.59 Excedente Técnico

É o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período.

2.60 Existência Independente

É a aptidão física e mental para exercer, sem assistência:

- I) as atividades da vida diária (funções autonômicas), tais como: vestir-se, desempenhar atos de higiene íntima e de asseio pessoal, bem como manter a auto-suficiência alimentar, com condições de suprir as necessidades do preparo, serviço, consumo e ingestão dos alimentos;
- II) as atividades da vida civil, com capacidade de compreensão e de comunicação.

2.61 Fatores de Risco e Morbidade

Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.62 Garantias

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

2.63 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.

2.64 Grupo Segurado

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice Coletiva.

2.65 Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice Coletiva.

2.66 Hígido

Saudável.

2.67 Hipóxia

Falta de oxigenação na célula.

2.68 Indenização

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

2.69 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.

2.70 Início de Vigência

É a data a partir da qual as garantias de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

2.71 Insuficiência Renal Crônica Terminal

Estágio final da patologia renal com falência funcional de ambos os rins e conseqüente indicação de hemodiálise permanente ou transplante renal.

2.72 Limite Máximo de Garantia da Apólice

É a importância em dinheiro fixada na Apólice, correspondente ao valor máximo estabelecido para o maior capital objeto do Seguro. Pode ser fixo, quando o Capital Segurado é pago integralmente (Seguros de Vida, por exemplo), ou proporcional, quando o Capital Segurado é apurado segundo os danos sofridos (Invalidez Parcial).

2.73 Limite Máximo Individual de Garantia da Apólice

É a importância em dinheiro fixada na Apólice, correspondente ao valor máximo individual contratado para cada Segurado, equivalente ao capital individual segurado.

2.74 Liquidação de Sinistro

É o processo para pagamento da indenização ao Segurado.

2.75 Médico Assistente

Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

2.76 Melanoma maligno invasivo

Câncer, predominantemente localizado na pele, com contorno e pigmentação (coloração) irregular e que pode atingir outras estruturas mais profundas.

2.77 Migração de Apólices

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

2.78 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.

2.79 Natimorto

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

2.80 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.

2.81 Período de Cobertura

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

2.82 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 terão direito à percepção dos Capitais Segurados contratados.

2.83 Prêmio

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

2.84 Prêmio Comercial

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

2.85 Prêmio Puro

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

2.86 Prognóstico

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

2.87 Pró-Labore

Denominação dada também à comissão de administração, sob a forma percentual, devida enquanto vigorar a Apólice, pagável ao Estipulante ou a quem este indicar para administrar o Seguro de Vida em Grupo.

2.88 Proponente

É o interessado em contratar a(s) Garantia (s), ou aderir ao Contrato.

2.89 Proposta Individual de Adesão

É o 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.

2.90 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, pessoa física ou jurídica expressa a intenção de aderir ou contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

2.91 Quadro Clínico

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

2.92 Recidiva

Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.93 Refratariedade Terapêutica

Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.94 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.

2.95 Reintegração de Capital

Restabelecimento da importância segurada após o sinistro e o pagamento do Capital Segurado pelo evento coberto.

2.96 Relações Existenciais

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

2.97 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.

2.98 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.

2.99 Riscos Excluídos

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

2.100 Sarcoma de Kaposi

Câncer de localização principalmente na pele, que pode estar associado a outras doenças, cuja forma consiste em várias placas ou nódulos de coloração púrpura a vermelha.

2.101 Segurado

É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro.

2.102 Segurado Principal

É a pessoa física que, tendo interesse segurável, contrata o Seguro em seu benefício pessoal ou de terceiros.

2.103 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.

2.104 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.

2.105 Sentido de Orientação

Faculdade do indivíduo de se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

2.106 Seqüela

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

2.107 Sinistro

É a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do Seguro.

2.108 Sub-estipulante

Pessoa física ou jurídica que estipula em proveito do grupo que a ela de qualquer modo se vincule, denominado sub-grupo, através da inclusão de seus componentes na Apólice Coletiva já existente, ficando investido dos poderes de representação deste sub-grupo, em conjunto com o Estipulante.

2.109 Tabela Price

Tabela que apresenta coeficiente que permite cálculo da prestação de um financiamento em valores iguais e sucessivos, já incluídos o principal e os juros. O cálculo é feito pela simples multiplicação do capital ou da dívida pelo coeficiente correspondente ao prazo em que a dívida será paga.

2.110 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.

2.111 Taxa

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

2.112 Transferência Corporal

Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

2.113 Transplante de Órgãos Vitais

Indicação médica de transplante, devido a perda irreversível da função dos seguintes órgãos: coração, fígado, medula óssea, pâncreas ou pulmão.

2.114 Vigência

Período de tempo em que a Cobertura de risco será garantida pela Seguradora.

2.115 Vigência da Cobertura Individual

É o período em que o segurado está coberto pelas garantias deste seguro.

3. GARANTIAS DO SEGURO

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

3.1 As Garantias do Seguro de Pessoas são divididas em Básica, Adicionais e Suplementares.

3.2 As Garantias Básicas oferecida por este Seguro são:

- Morte por Qualquer Causa (MQC);
- Reembolso de Despesas com Funeral (RDF);

3.2.1 A Seguradora poderá, e desde que estabelecido nas Condições Contratuais, antecipar o pagamento de 50% do Capital Segurado contratado para a Garantia Básica de Morte por Qualquer causa em caso de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado. Esta antecipação também poderá ser concedida para o dependente cônjuge desde que contratada a Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa para o cônjuge.

3.2.2 As Garantias Básicas poderão ser contratadas separadamente.

3.3 As Garantias Adicionais oferecidas por este Seguro são:

- Morte Acidental (MA);
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);
- Doenças Graves (DG);
- Doenças Graves Ampliadas (DGA).

3.4 As Garantias Suplementares oferecidas por este Seguro são:

- Inclusão de Cônjuge (IC) – de forma automática ou facultativa;
- Inclusão de Filho (IF) – de forma automática ou facultativa.

3.5 A contratação de qualquer Garantia Adicional ou Suplementar fica condicionada à contratação de pelo menos umas das Garantias Básicas (Morte por Qualquer Causa e/ou Reembolso de Despesas com Funeral).

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos das Garantias Básicas, das Garantias Adicionais e Suplementares deste Seguro, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e deles decorrentes;**
- c) doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do Seguro, não declarados na Proposta Individual de Adesão e de conhecimento do Segurado;**
- d) o suicídio, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos de vigência individual do Seguro;**
- e) danos morais;**
- f) 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.**

4.2 Conforme a definição de Acidente Pessoal, letra b do subitem 2.1, estão expressamente excluídos das Garantias Básicas, bem como de todas as Garantias Adicionais e Suplementares deste Seguro, os eventos ocorridos em consequência:

- a) das 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) das intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) das lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) das 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.**

4.3 Das Garantias Adicionais de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;**
- b) acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- 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;**
- e) qualquer tipo de hérnia e suas consequências;**

- f) o parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo se provocados por acidente;**
- g) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;**
- h) o choque anafilático e suas conseqüências.**

4.3.1 A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

4.4 Da Garantia Básica de Reembolso de Despesas com Funeral, estão também excluídos os seguintes eventos:

- a) pedidos de reembolso durante o período de carência;**
- b) aquisição de jazigo;**
- c) a exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.**

4.5 São riscos excluídos da Garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, além daqueles previstos anteriormente nos subitens 4.1, 4.2 e 4.3, as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**
- c) despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado e enfermagem de caráter particular;**
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;**
- e) cirurgia plástica estética, exceto aquelas de caráter reparador para reconstituição de funções, danificadas em função de acidente coberto, e cuja finalidade não seja meramente estética;**
- f) estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;**
- g) tratamentos relacionados a doenças;**
- h) hospitalizações para check-up, diálise ou hemodiálise em pacientes crônicos e cirrose hepática;**

- 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 a 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 degenerante delas conseqüentes;**
- m) anomalias congênitas de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta Individual de Adesão, bem como suas conseqüências.**
- n) luxações recidivantes de qualquer articulação;**
- o) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;**
- p) doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artriterreumatóide, 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.**

4.6 São riscos excluídos da Garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, além daqueles previstos anteriormente nos subitens 4.1, 4.2 e 4.3, os eventos decorrentes de:

- a) perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal;**
- b) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;**
- c) para as apólices destinadas a trabalhadores sujeitos a maior incidência de doenças ocupacionais/profissionais, claramente identificadas, os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa**

determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

4.7 São riscos excluídos da Garantia de Doenças Graves e Doenças Graves Ampliadas, além daqueles previstos anteriormente nos subitens 4.1, 4.2 e 4.3, os eventos decorrentes de:

a) no caso de Acidente Vascular Cerebral:

- ataques isquêmicos transitórios;
- qualquer alteração neurológica não resultante de acidente vascular cerebral;
- lesão cerebral resultante de hipóxia ou trauma.

b) no caso de Cirurgia Coronariana:

- angioplastia;
- qualquer outro tipo de cirurgia cardíaca que não vise à correção de insuficiência coronariana.

c) no caso de Doença de Parkinson:

- se for desencadeada pelo uso de certos medicamentos e, pela suspensão destes, houver regressão do quadro neurológico, não estará reconhecido o direito à Garantia;
- os quadros de Síndrome de Parkinson conseqüentes a acidentes ou dependência química do Segurado.

d) no caso de Insuficiência Renal Crônica:

- insuficiência renal aguda e/ou crônica que não necessite de diálise peritoneal ou hemodiálise.

e) no caso de Neoplasia:

- melanoma não invasivo ou classificado in situ, incluindo displasia cervical e outras lesões pré-neoplásicas;
- câncer de pele se não for melanoma maligno;
- carcinoma basocelular e espinocelular;
- Sarcoma de Kaposi e outros tumores associados a AIDS;
- hiperplasia benigna da próstata;
- qualquer tipo de leucemia.

f) no caso de Transplante de Órgãos Vitais:

- transplante de tecidos;
- qualquer autotransplante;
- demais órgãos ou células, exceto os transplantes cobertos previstos no item 3 da Condição Especial desta Garantia.

g) Os denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, infarto do miocárdio, trombose e outros do mesmo gênero);

h) Quaisquer tipos de acidentes;

- i) **Cirrose Alcoólica;**
- j) **Doenças, lesões, invalidez ou enfermidades preexistentes à data de início de vigência de inclusão da Garantia de Doenças Graves e Doenças Graves Ampliadas, não declarados na Proposta Individual de Adesão e de conhecimento do Segurado.**

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

4.9 Estão também excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro.

4.9.1 Nos Seguros contratados por pessoas jurídicas, são excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários, e pelos respectivos representantes.

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 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.

6.2 O período de carência para a Garantia Básica de Reembolso de Despesas com Funeral (RDF) será de 30 (trinta) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

6.3 O período de carência para as Garantias Adicionais de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e de Doenças Graves (DG) e Doenças Graves Ampliadas (DGA), será de 180 (cento e oitenta) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

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

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

6.6 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.

6.7 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

7.1 A aceitação do Contrato de Seguro somente será feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de Seguros habilitado, exceto quando a contratação se der por meio de Bilhete.

7.2 A proposta escrita conterá todos os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.

7.3 A Seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

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

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

7.5 A Proposta Individual de Adesão de cada proponente integrará o Contrato, após sua aceitação pela Seguradora.

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

7.7 Caso o proponente do Seguro seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no subitem 7.6 anterior.

7.8 No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, conforme disposto no subitem 7.7 anterior, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 7.6 anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.9 Ficará a critério da Seguradora a decisão de informar ou não, por escrito, ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de Seguros, sobre a aceitação da proposta, devendo, no entanto, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, ao Corretor/Estipulante, no caso de sua não aceitação, justificando a recusa.

7.10 A data de aceitação da proposta será aquela em que a Seguradora se manifestar formalmente ou a de término dos prazos previstos no subitem 7.6, nesta última hipótese, em caso de ausência de manifestação formal em contrário, por parte da Seguradora, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

7.11 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, 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.

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

7.12 É obrigatória a emissão da Apólice pela Seguradora e seu envio ao Estipulante no início do Seguro e em cada uma das renovações subsequentes seguirá o correspondente aditivo.

7.13 É obrigatória a emissão pela Seguradora do certificado individual e seu envio ao Segurado no início do Seguro e em cada uma das renovações subsequentes.

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

7.15 A Seguradora poderá solicitar, quando da assinatura da proposta, para efeito de subscrição, informação do proponente ou do Segurado quanto à contratação de outros Seguros de Pessoas com garantias concomitantes.

7.16 Os portadores de deficiência física que fizerem parte do grupo segurável estarão aceitos em todas as garantias, todavia, ficando excluídos os riscos relacionados na alínea f do item 4.1.

7.17 No Seguro de Pessoas a Apólice ou Bilhete não podem ser ao portador.

8. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

Somente serão aceitos no grupo Segurado os proponentes pertencentes ao grupo segurável, isto é, que de qualquer modo se vinculem ao Estipulante, que estejam em gozo de boa saúde e em plena atividade profissional, observados os limites de idade e de Capitais Segurados, e que tiverem preenchido e assinado a Proposta Individual de Adesão, com a Declaração Pessoal de Saúde, quando exigida, o que será ratificado no Contrato da Apólice. A aceitação do Segurado fica condicionada à análise pela Seguradora e, a seu critério, da Proposta Individual de Adesão.

8.1 O vínculo de que trata o subitem anterior estará de forma clara e objetiva definido na Proposta Individual de Adesão.

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

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

8.4 Podem ser aceitos nas Garantias Básicas, nas Garantias Adicionais e Suplementares, mediante prévio acordo entre as partes, os aposentados por tempo de serviço que estejam em perfeitas condições de saúde, o que constará do Contrato da Apólice.

8.4.1 Fica estabelecido que a aceitação de aposentados só é permitida em 2 (dois) momentos:

- **quando da recepção do grupo de Segurados, por ocasião da implantação da Apólice e desde que os mesmos já façam parte do grupo Segurado, de acordo com as condições estabelecidas no item 8 anterior; ou**
- **quando de sua efetiva aposentadoria, que implicará em sua manutenção na Apólice, sem interrupção de vigência individual.**

8.4.2 Conforme subitem anterior, fica estabelecido que não serão aceitas novas inclusões de componentes aposentados.

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

8.5 Se o Segurado tiver sido aceito no Seguro com idade acima do limite fixado na Apólice, por motivo de inexatidão na informação de sua idade ou data de nascimento, por qualquer motivo, seu Seguro será considerado nulo, sem direito a qualquer devolução de prêmio, ainda que a constatação do erro na idade aconteça quando ocorrer algum evento coberto pela Apólice.

8.5.1 Se a inexatidão ou omissão na informação de sua idade ou data de nascimento, por qualquer motivo, não resultar de má-fé do Segurado, deverá ser considerado o subitem 24.1.1 destas Condições Gerais.

8.6 O plano coletivo estará disponível a todos os componentes do grupo que atendam as condições previstas no Contrato da Apólice, para ingresso no grupo Segurado.

8.7 No caso de recepção de grupo de Segurados e Assistidos, originada em processo de migração de Apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja Garantia esteja em vigor, inclusive aqueles afastados do serviço ativo por acidente. Para fins do presente, a “migração de Apólices” tem seu conceito definido no glossário.

8.8 Fica estabelecido que a aceitação de afastados só é permitida quando do processo de migração de Apólices ou quando de seu efetivo afastamento, que implicará na manutenção da Apólice, sem interrupção da Cobertura individual. Fica estabelecido que não serão aceitas novas inclusões de componentes afastados.

9. INCLUSÃO DE DEPENDENTES

Podem ser incluídos neste Seguro como dependentes do Segurado Principal: cônjuge e filhos/enteados do Segurado Principal, **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.**

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

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

9.3 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.

9.4 Os Capitais Segurados do componente dependente, em quaisquer garantias, não podem ser superiores ao do componente principal.

10. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

10.1 O Seguro de Pessoas será estipulado por pessoa física ou jurídica, em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo se vincule, ressalvado o disposto no subitem 10.2. posterior. O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo Segurado, porém é o único responsável para com a mesma, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

10.1.1 Para fins de interpretação das presentes Condições Gerais, as referências ao Estipulante, aplicam-se aos sub-estipulantes.

10.2 Fica expressamente vedada a atuação como Estipulante de:

- a) Corretoras de Seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes;**
- b) Corretores; e**
- c) Seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.**

10.3 A vedação estabelecida no subitem 10.2. anterior não se aplica aos empregadores que estipulem Seguro em favor de seus empregados.

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

10.5 O pedido expresso de cancelamento da autorização para desconto em folha de pagamento por parte do Segurado retira do Estipulante ou consignante a obrigatoriedade de cobrança e repasse do respectivo prêmio, a partir do mês seguinte ao comunicado expresso do Segurado.

10.5.2 É de exclusiva responsabilidade do Estipulante, que for responsável pela arrecadação dos prêmios para o posterior repasse à Seguradora, cancelar o desconto em folha de pagamento do prêmio relativo às contribuições do Segurado que manifestar seu desinteresse na continuidade do Seguro.

10.6 Em caso de perda de vínculo com o Estipulante, desde que haja previsão contratual prévia, expressa no Contrato da Apólice, o Segurado poderá ser mantido no plano, nas condições comerciais especiais previstas na Apólice para tal fim, assumindo,

a partir dessa data, o custeio integral dos respectivos prêmios ou tendo ajustado o valor do Capital Segurado à parcela do custeio sob sua responsabilidade.

10.7 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**
- d) vincular a contratação de Seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de cobertura direta a estes produtos.**

11. OBRIGAÇÕES

11.1 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por àquela, 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, nos termos dos subitens 17.16, 17.17 e 17.18 posteriores, 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) 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.**

11.1.1 Nos Seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, acarretará o cancelamento do Seguro, se o prazo for superior a 90 (noventa) dias, e sujeita o Estipulante ou subestipulante às cominações legais.

11.1.2 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.

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

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

11.1.5 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.

11.1.6 Quando a alteração de taxa não implicar em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do Estipulante.

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

11.2 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 ou sub-estipulante, sempre que lhe for solicitada.**
- c) prestar ao Estipulante e a cada componente do grupo Segurado, todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de Seguro.**

11.2.1 Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante é obrigatório constar do certificado individual e da Proposta Individual de Adesão o seu percentual e valor, devendo o Segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

11.3 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.

11.3.1 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.

11.3.2 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 o Segurado Cônjuge, quando incluído no Seguro.

11.3.3 Comunicada pelo Estipulante ou Segurado de qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, conforme alínea I do subitem 11.1. anterior, ou subitem 11.3.2 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.

11.4 O cancelamento mencionado no subitem 11.3.3 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 Cobertura não mais vigorará.

12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

12.1 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.

12.2 RENOVAÇÃO DA APÓLICE

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

12.2.1 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.

12.2.2 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 $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado.

12.2.3 A renovação automática a que se refere o subitem 12.2 anterior não se aplica aos Estipulantes ou à Seguradora que comunicar o desinteresse na continuidade do plano.

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

12.2.5 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.

12.2.6 Será enviado novo Certificado Individual ao Segurado em cada umas das renovações do Seguro.

13. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

13.1.1 O início e fim da vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas para tal finalidade, na Apólice, no Certificado Individual e nos Endossos, seguindo o critério definido nas alíneas "a" e "b" posteriores.

a) 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 estabelecido em Condições Contratuais

b) Os contratos de Seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão o início de vigência da cobertura a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, desde que estabelecido em Condições Contratuais

13.1.2 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do Seguro, se este não for renovado.

14. CAPITAL SEGURADO

14.1 Considera-se como data do evento, ou data de exigibilidade, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos sinistros:

- 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 prêmios, no caso de recusa da proposta pela Seguradora, a data de formalização da recusa.

14.1.1 Para a Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa, considera-se data de ocorrência do Sinistro, a data da morte do Segurado.

14.2 Para cada grupo pode haver uma ou mais classes de Capitais Segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos, o que constará do Contrato da Apólice, tais como:

- a) capital de livre escolha definido na Proposta Individual de Adesão;
- b) múltiplo salarial,
- c) capital único ou fixo,
- d) escalonado por idade,
- e) escalonado por faixa salarial,
- f) escalonado por categoria funcional.

14.3 A aceitação, pela Seguradora, de estabelecimento de Capital Segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

14.4 Nos Seguros em que o Segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da Seguradora do valor do Capital Segurado contratado sem a devida solicitação expressa do Segurado.

14.5 Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional, estando vedada à utilização de qualquer outra unidade monetária.

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

14.7 O valor do Capital Segurado (limite máximo individual de garantia da Apólice) de cada componente, em cada Garantia, representa o valor máximo a ser pago pela Seguradora no caso de realização do evento coberto.

14.8 Nos Seguros de Pessoas, o Capital Segurado é livremente estipulado pelo Segurado Principal, observando-se o critério de capital e o limite acordados entre as partes e estabelecidos no Contrato da Apólice, podendo haver contratação de Seguro, sobre o mesmo interesse, com a mesma Seguradora, ou Seguradoras diversas.

14.9 O Capital Segurado, de acordo com o plano de Seguro contratado, será pago sob a forma única, o que constará expressamente do Contrato.

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

14.11 O pagamento do Capital Segurado não pode ultrapassar o valor do interesse Segurado no momento do sinistro, e, em hipótese alguma, o limite máximo individual de garantia fixado na Apólice, salvo em caso de mora da Seguradora.

15. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E RECÁLCULO

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**.

15.1 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.

15.1.1 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.

15.2 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,

exceto para as apólices que possuam recálculo do Capital Segurado pela variação salarial.

15.3 O Capital Segurado poderá ser recalculado mediante solicitação expressa do Estipulante, estando sujeita à análise e aceitação pela Seguradora. Neste caso, o valor do prêmio será recalculado conforme a variação do Capital Segurado informado pelo Estipulante à Seguradora.

15.3.1 Nas apólices de seguro onde os Capitais Segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, definido nas Condições Contratuais, estes serão recalculados conforme a variação dos salários informado pelo Estipulante à Seguradora.

15.4 As alterações de Capitais Segurados mencionadas nos subitens 15.3 e 15.3.1, deverão ser realizadas por endosso e/ou aditivo à apólice, observando-se que a modificação da apólice em vigor 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, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

15.4.1 Quando a alteração não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, esta pode ser realizada apenas com a anuência do Estipulante/Subestipulante.

15.4.2 Caso o segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da Seguradora do valor do Capital Segurado contratado sem a devida solicitação expressa do segurado.

15.5 Os valores relativos às obrigações legais pecuniárias da Seguradora em relação aos Contratos firmados com os seus consumidores, decorrentes das operações derivadas do presente Contrato, serão atualizados pela variação positiva do IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas, **na hipótese de não cumprimento do prazo para pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a partir da data de exigibilidade, conforme definido no subitem 14.1.**

15.6 A atualização de que trata o subitem 15.5 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.

16. APLICABILIDADE DE JUROS

Os valores relativos às obrigações pecuniárias da Seguradora para com o Segurado, serão acrescidos somente de juros moratórios, de 1% ao mês para cada mês de atraso e até o mês 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.

17. PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

17.1 O tipo de custeio de prêmio deste Seguro, item expressamente ratificado no Contrato da presente Apólice, classifica-se em:

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

17.2 O prêmio poderá ser pago de forma, única, mensal, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, de acordo com o estabelecido nas Condições Contratuais, observando-se os critérios de reajuste por faixa etária conforme definido nas Condições Contratuais.

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

17.4 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.

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

17.6 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.

17.6.1 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.

17.6.2 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.

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

17.8 A data limite para pagamento do prêmio será estabelecida no Contrato da Apólice e no respectivo documento de cobrança.

17.8.1 Se o prêmio não for pago até a data limite expressa no respectivo documento de cobrança, o Estipulante ou o Segurado poderá pagar o prêmio atualizado e corrigido com juros moratórios desde a data limite até a data do efetivo pagamento, conforme definido nos subitens 17.6 e 17.9, e desde que o atraso no pagamento do prêmio não ultrapasse 90 dias.

17.9 Os valores relativos ao pagamento de prêmios em atraso pelo Segurado serão acrescidos de juros moratórios de 1% ao mês.

17.10 Quando o plano de Seguro for contratado com previsão de consignação em folha, a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar qualquer prejuízo aos Segurados ou aos respectivos Beneficiários no que se refere à Cobertura e demais direitos oferecidos.

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

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

17.13 Os valores devidos a título de devolução de prêmios pelas Seguradoras sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item 15 anterior, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

17.13.1 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 a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

17.13.2 No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata o subitem 17.13 anterior serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio.

17.14 A cobrança do prêmio será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora.

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

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

17.16 O pagamento de prêmios de Seguros efetuados por meio de desconto em folha será registrado em rubrica específica pela Seguradora garantidora do risco.

17.17 Se o Segurado dispuser de mais de um Contrato de Seguro com a mesma Seguradora, os valores referentes a cada Contrato estarão discriminados no instrumento de cobrança, mesmo quando o sistema de pagamento for o previsto no subitem 17.10 anterior.

17.18 Quando houver recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante ou a Seguradora,

a qualquer título, é obrigatório o destaque no documento utilizado na cobrança do valor do prêmio do Seguro.

17.19 Para as Garantias Básicas de Morte por Qualquer Causa e de Reembolso de Despesas com Funeral, Garantia Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o prêmio de cada Segurado, Titular e/ou Dependente(s), corresponderá à taxa de sua faixa etária vezes o Capital Segurado, de acordo com o limite máximo individual de garantia fixado nas respectivas Garantias da Apólice. Para as demais Garantias, o prêmio de cada Segurado corresponderá à taxa média final vezes o Capital Segurado, de acordo com o limite máximo individual de garantia fixado nas respectivas Garantias da Apólice.

17.19.1 No caso de contratação do Plano Familiar, para a Garantia Básica de Reembolso de Despesas com Funeral, o prêmio do Segurado Titular será a soma dos prêmios individuais do Titular e do(s) Dependente(s) calculado conforme item 17.19 anterior.

18. REENQUADRAMENTO DO PRÊMIO POR FAIXA ETÁRIA

O prêmio das Garantias Básicas de Morte por Qualquer Causa (MQC) e de Reembolso de Despesas com Funeral (RDF), e da Garantia Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), estipulado na data de início de vigência individual do Seguro será aquele estabelecido na Proposta Individual de Adesão, e, periodicamente, além do reajuste da atualização monetária, será reenquadrado em decorrência da mudança de faixa etária de cada Segurado, conforme definido nas Condições Contratuais.

18.1 Ocorrendo alteração na idade do Segurado que signifique deslocamento para outra faixa etária, o respectivo prêmio será automaticamente ajustado com o percentual da nova faixa etária.

18.1.1 Caso seja contratada a Tabela Padrão os percentuais de reenquadramento serão os seguintes :

Tabela Padrão

Garantia	Faixas Etárias									
	Até 35	36 a 40	41 a 45	46 a 50	51 a 55	56 a 60	61 a 65	66 a 70	71 a 75	76 a 80
Morte por Qualquer Causa (MQC)	-	20,65%	70,27%	76,72%	55,69%	40,19%	45,82%	63,78%	65,65%	62,79%
Reembolso de Despesas com Funeral (RDF)	-	20,65%	70,27%	76,72%	55,69%	40,19%	45,82%	63,78%	65,65%	62,79%
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	-	34,58%	77,40%	86,74%	90,47%	91,81%	92,02%	91,93%	91,76%	98,84%

18.1.2 Caso não seja contratada a Tabela Padrão, os percentuais de reenquadramento serão os estabelecidos na tabela constante no Contrato da Apólice.

18.2 O percentual de aumento entre as idades constará das Condições Contratuais e será disponibilizado aos Proponentes quando da adesão ao Seguro.

19. CRITÉRIO DE TAXAÇÃO

19.1 A Seguradora adotará taxas por faixa etária para as Garantias Básicas de Morte por Qualquer Causa (MQC) e de Reembolso de Despesas com Funeral (RDF) para a Garantia Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD). Para as demais Garantias, a Seguradora adotará taxas médias únicas.

19.2 Na fixação das taxas, serão considerados, ainda, os carregamentos para cobrir os custos operacionais da Seguradora, as comissões de intermediação e o pró-labore do Estipulante, se existentes.

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

19.3.1 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.

20. REAVALIAÇÃO DA TAXA

As taxas das Garantias de Morte Acidental (MA), de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), de Doenças Graves (DG) e de Doenças Graves Ampliadas (DGA) serão reavaliadas anualmente e serão alteradas caso venham a se mostrar inadequadas.

20.1 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.

20.2 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.

20.3 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.

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

20.5 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.

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

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

20.8 As taxas para as Garantias de Morte por Qualquer Causa (MQC), de Reembolso de Despesas com Funeral (RDF) e de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) não terão reavaliação anual, ressalvado o disposto no item 17 destas Condições Gerais.

21. 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.

22. CANCELAMENTO DA APÓLICE

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

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

22.2 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.**

22.2.1 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 dias.

22.3 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.

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

22.5 As garantias deste plano de Seguro cessarão automaticamente para o Segurado Principal:

- a) com o cancelamento da Apólice;**
- b) no caso de o Segurado, por qualquer motivo, vir a desligar-se do Estipulante, das Apólices e, conseqüentemente, do grupo segurável, exceto no caso de aposentadoria;**
- c) a partir da data em que o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da Apólice deste Seguro;**
- d) quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio (custo) por período superior a 90 (noventa) dias, quando o custeio for contributivo;**

- e) no caso de garantias Adicionais ou Especiais, além dos casos previstos anteriormente, com o cancelamento da respectiva cláusula; ou
- f) quando o Beneficiário for indenizado pela Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa ou pelas Garantias Adicionais de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

22.6 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 Segurado antes daquelas datas.

22.7 Para o Segurado Cônjuge, se incluído na Apólice, o Seguro será obrigatoriamente cancelado, além dos casos previstos de cancelamento da Apólice e desta cláusula:

- a) nos casos de exclusão do Segurado Principal, inclusive por pagamento do capital total garantido por quaisquer das garantias contratadas;
- b) quando for cancelada a Condição Especial de Inclusão de Cônjuges, na forma de inclusão automática;
- c) no caso de separação judicial ou divórcio;
- d) no caso de cancelamento de seu registro, quando se tratar de companheira(o);
- e) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão do cônjuge for facultativa; ou
- f) quando o Beneficiário for indenizado pela Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa ou pelas Garantias Adicionais de Morte Acidental, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

22.8 Para o Segurado Filho, se incluído na Apólice, o Seguro será obrigatoriamente cancelado, além dos casos previstos de cancelamento da Apólice:

- a) quando for cancelada a Condição Especial de Inclusão de Filhos;
- b) nos casos de exclusão do Segurado Principal, inclusive por pagamento do capital total garantido por quaisquer das garantias contratadas;
- c) no caso de 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; ou**
- e) a pedido do Segurado Principal.**

23. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para o recebimento do pagamento do Capital Segurado, o Segurado ou o Beneficiário deverá apresentar à Seguradora, 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 23.15 destas Condições Gerais.

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

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

23.1.2 O não pagamento da indenização no prazo previsto nos subitens 23.1 e 23.1.1 anteriores, implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.

23.1.3 Os juros de mora e sua forma de aplicação, citados no subitem anterior, estão fixados no item 16.

23.1.4 Os juros moratórios contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em Contrato são de 1% ao mês.

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

23.2 O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única, nos termos definidos no Contrato da Apólice.

23.3 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.

23.3.1 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, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

23.3.2 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.

23.3.3 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.

23.4 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. Fica vedada a exigência de comprovantes de quitação relativo a outros meses.

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

23.6 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.

23.7 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.

23.8 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.

23.9 As Garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Doenças Graves (DG) e Doenças Graves Ampliadas (DGA) devem ser comprovadas através de

declaração médica, observando-se o disposto nos subitens 23.9.1, 23.9.2, 23.9.3 e 23.9.4 posteriores.

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

23.9.2 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.

23.9.3 A aposentadoria por Invalidez concedida por Instituições Oficiais de Previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente, para fins de doença ou acidente.

23.9.4 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.

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

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

23.12 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.

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

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

23.15 Documentação obrigatória em caso de ocorrência de sinistro:

- a) Para a Garantia de Morte por Qualquer Causa (MQC), 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);
 - Certidão de Casamento (atualizada) ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada);
 - RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
 - Cópia do Registro de Emprego (cópia autenticada);
 - Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
 - Cópia da Proposta Individual de Adesão.
- b) Para a Garantia de Morte Acidental (MA), na ocorrência do sinistro, compete ao Estipulante e/ou aos Beneficiários, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora, além dos documentos mencionados na alínea a deste subitem, os seguintes:
- 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).
- c) Para a Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), na ocorrência do sinistro, compete ao Estipulante e/ou aos Beneficiários, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora, além dos documentos mencionados nas alíneas a e b deste subitem, os seguintes:
- 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;
 - 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.

- d) Para a Garantia de Reembolso de Despesas com Funeral (RDF), 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;
 - Cópia da Proposta Individual de Adesão.

- e) Para a Garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), 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);

- f) Para a Garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), na ocorrência do sinistro, compete ao Segurado ou seu representante, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:
 - Formulário de "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras;
 - Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível

decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
 - Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível.
 - Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- g) Para a Garantia de Doenças Graves (DG), na ocorrência do sinistro, compete 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;
 - RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
 - Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
 - Laudo médico com o diagnóstico da doença grave coberta:
 - **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** laudo médico, firmado por médico de especialidade neurológica, diagnosticando o Acidente Vascular Cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a seqüela decorrente, bem como a comprovação com exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética;
 - **Cirurgia Coronariana:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em cirurgia cardíaca ou hemodinâmica, diagnosticando a insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), e com a expressa indicação da necessidade de realização de cirurgia cardíaca com tórax aberto ou a angioplastia através de cateterismo cardíaco comprovado por exames apropriados;
 - **Insuficiência Renal Crônica:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em nefrologia, diagnosticando a falência funcional de ambos os rins, de caráter permanente e irreversível, acompanhado de exames complementares apropriados;
 - **Neoplasia:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em oncologia, diagnosticando o tumor maligno, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia de exames citológicos e histológicos apropriados;
 - **Transplante de Órgãos Vitais:** laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão, diagnosticando o

transplante como único recurso para recuperação do órgão afetado, acompanhado de exames complementares apropriados.

h) Para as Garantias de Doenças Graves Ampliadas (DGA), na ocorrência do sinistro, compete 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;
- RG e/ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Laudo médico com o diagnóstico da doença grave coberta:
 - **Acidente Vascular Cerebral (AVC):** laudo médico, firmado por médico de especialidade neurológica, diagnosticando o Acidente Vascular Cerebral isquêmico ou hemorrágico, com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, indicando a seqüela decorrente, bem como a comprovação com exame de imagem apropriado de tomografia computadorizada ou ressonância nuclear magnética;
 - **Cirurgia Coronariana:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em cirurgia cardíaca ou hemodinâmica, diagnosticando a insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), e com a expressa indicação da necessidade de realização de cirurgia cardíaca com tórax aberto ou a angioplastia através de cateterismo cardíaco comprovado por exames apropriados;
 - **Insuficiência Renal Crônica:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em nefrologia, diagnosticando a falência funcional de ambos os rins, de caráter permanente e irreversível, acompanhado de exames complementares apropriados;
 - **Neoplasia:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em oncologia, diagnosticando o tumor maligno, com expressa indicação médica da necessidade de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia de exames citológicos e histológicos apropriados;
 - **Transplante de Órgãos Vitais:** laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão, diagnosticando o transplante como único recurso para recuperação do órgão afetado, acompanhado de exames complementares apropriados.
 - **Insuficiência Hepática Crônica:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em hepatologia, diagnosticando a **Insuficiência Hepática Grave Crônica**, exclusivamente para casos de Hepatite "C", inclusive a Cirrose Hepática, acompanhado de exames complementares apropriados.

- **Lupus em estado crônico:** laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão, diagnosticando **Lupus em estado grave crônico**, acompanhado de exames complementares apropriados.
- **Doença de Parkinson Grave:** laudo médico, firmado por médico de especialidade em neurologia, diagnosticando **Mal de Parkinson em estado grave crônico**, acompanhado de exames complementares apropriados.
- **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS):** laudo médico, firmado por médico de especialidade em infectologia, **diagnosticando a AIDS**, acompanhado de exames complementares apropriados.

23.15.1 Quando contratada a Garantia Suplementar de Inclusão de Cônjuge, os documentos a serem apresentados à Seguradora serão os mesmos mencionados nas alíneas "a", "b", "c", "d", "e", "f" e "g" do subitem anterior, conforme a Garantia contratada.

23.15.2 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.

23.15.3 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.

23.16 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 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;
 - Cópia do comprovante bancário de cada beneficiário com os dados completos da conta corrente para crédito em nome do favorecido ou menor representado;
 - Cópia da Proposta Individual de Adesão.
- 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;
 - Cópia do comprovante bancário de cada beneficiário com os dados completos da conta corrente para crédito em nome do favorecido ou menor representado;

24. PERDA DE DIREITO

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

24.1 Se o Segurado, seu representante, ou seu corretor de Seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio,

ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

24.1.1 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.

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

25. BENEFICIÁRIOS

São as pessoas físicas designadas para receber os valores dos Capitais Segurados na ocorrência do sinistro. Cada Segurado deverá indicar, na Proposta Individual de Adesão ou em formulário apropriado, seu(s) Beneficiário(s), isto é, a pessoa ou pessoas a quem deverá ser pago o Capital Segurado em caso de sua morte.

25.1 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.

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

25.2 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.

25.2.1 Na falta das pessoas indicadas no subitem 25.2 anterior, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

25.3 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.

25.4 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.

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

25.6 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:

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

25.6.2 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.

25.6.3 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 tocará 1/3 (um terço) do Capital Segurado, todavia, caber-lhe-á a metade deste se houver um só ascendente, ou se maior for àquele grau (avós).

25.6.4 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).

25.6.5 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.

25.6.6 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.

25.6.7 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.

25.6.8 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.

25.6.9 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.

25.7 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 Principal não estavam separados judicialmente, nem separados de fato há mais de 2 (dois) anos, salvo prova, neste caso, de que esta convivência se tornara impossível sem culpa do cônjuge sobrevivente.

25.8 Nas Garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), de Doenças Graves (DG) e de Doenças Graves Ampliadas (DGA) 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 item 25.6 desta cláusula beneficiária.

25.9 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.

25.10 Para o Reembolso de Despesas com 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.

26. REGIME FINANCEIRO

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

26.1 O prêmio a ser restituído nas hipóteses do item anterior será atualizado pelo IPC/FGV – Índice Geral de Preços ao Consumidor/Fundação Getúlio Vargas, ou outro índice que venha a substituí-lo.

26.1.1 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.

27. 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.

28. 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.

29. EXCEDENTES TÉCNICOS

Quando previsto na Apólice, terá suas condições expressamente ratificadas no Contrato da Apólice.

30. 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.

31. 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.

31.1 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição do foro diverso daquele previsto no item 31 anterior.

32. DISPOSIÇÕES GERAIS:

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

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

32.3 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.

32.4 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.

32.5 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento ao(s) Beneficiário(s) do Capital Segurado da Apólice para esta garantia, determinado pela Seguradora, na ocorrência de morte do Segurado por qualquer causa (naturais ou acidentais), respeitadas, entretanto, os riscos excluídos, as condições da Apólice e o disposto no artigo 766 do novo Código Civil Brasileiro, que dispõe:

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

Parágrafo único: se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora terá direito a resolver o Contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença de prêmio.

2. GARANTIA DO SEGURO

Morte por Qualquer Causa (causas naturais ou acidentais).

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

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

2.3. Nos Seguros contratados por pessoas jurídicas, são excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários, e pelos respectivos representantes.

2.4. A Seguradora poderá, e desde que estabelecido nas Condições Contratuais, antecipar o pagamento de 50% do Capital Segurado contratado para a Garantia Básica de Morte por Qualquer causa em caso

de **doença em fase terminal** atestada por profissional legalmente habilitado. Esta antecipação também poderá ser concedida para o dependente cônjuge desde que contratada a Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa para o cônjuge.

3. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

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

4. CARÊNCIA

4.1 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.

5. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais do Seguro de Vida em Grupo, não modificadas por esta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA BÁSICA DE REEMBOLSO DE DESPESAS COM FUNERAL

1. OBJETIVO

Garantir o reembolso de despesas com funeral aos Beneficiários, na hipótese de ocorrência de morte do Segurado, conforme previsto nestas condições, observado o disposto no subitem 1.1 posterior e 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 até 21 anos ou até 24 anos se estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação.

1.2 Esta garantia poderá ser contratada isoladamente.

2. GARANTIAS DO SEGURO

Esta garantia prevê a Garantia de Morte por Qualquer Causa (MQC) do Segurado e/ou Familiares (Cônjuge ou Companheiro(a) e Filho(s), se contratado Plano Familiar), sendo caracterizado pelo reembolso de despesas com funeral, até o limite estabelecido na Apólice.

3. CARÊNCIA

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.

3.1 O período de carência para a Garantia Básica de Reembolso de Despesas com Funeral (RDF) será de 30 (trinta) dias, contados do início de vigência da cobertura individual.

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 item 23.15 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 do Seguro de Vida em Grupo, não modificadas por esta cláusula e que 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.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO

Garantir, ao(s) Beneficiário(s) do Segurado, o pagamento do Capital Segurado de até 200% do limite máximo individual da garantia da Apólice para a Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa, determinado pela Seguradora, caso o Segurado venha a falecer em consequência de acidente coberto.

2. GARANTIA DO SEGURO Morte Acidental.

3. 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 4 posterior.

4. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no item 3 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, observado o item 6 posterior e a legislação em vigor;
- b) acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- e) acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;

- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto;
- k) queda n'água ou afogamento.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

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

6. CARÊNCIA

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.

7. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam. Se depois de paga a 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. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante ou pelo 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.

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

8.1.1A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário de Aviso de Sinistro e documentos correlatos, conforme definido na alínea "b" do subitem 21.15 destas Condições Gerais, com informações completas sobre o acidente.

9. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

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

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

9.2 A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas ou processos relacionados com o acidente.

9.3 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.

10. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. OBJETIVO

Garantir ao Segurado o pagamento de até 200% do limite máximo individual da garantia básica de Morte por Qualquer Causa, determinado pela Seguradora, caso o Segurado venha a ficar parcial ou totalmente inválido, em caráter permanente, em consequência de acidente coberto.

1.1. O percentual de Cobertura escolhido para esta garantia é de livre escolha do Estipulante e será definido no Contrato da Apólice.

2. GARANTIA DO SEGURO

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

3. 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 por Acidente, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se o disposto nos riscos cobertos, descritos no item 4 posterior.

3.1 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.

4. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no item 3, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a Acidente Pessoal, observado o item 6 posterior e a legislação em vigor;
- b) acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;

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

5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

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

6. CARÊNCIA

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.

7. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA

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 O CÁLCULO DO PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE - DISCRIMINAÇÃO	% sobre IS
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	100

INVALIDEZ PERMANENTE - DISCRIMINAÇÃO	% sobre IS
inferiores	
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 IS
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 IS
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

PARCIAL MEMBROS SUPERIORES - DISCRIMINAÇÃO	% sobre IS
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	

PARCIAL MEMBROS INFERIORES - DISCRIMINAÇÃO	% sobre IS
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

PARCIAL MEMBROS INFERIORES - DISCRIMINAÇÃO	% sobre IS
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, 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.	

7.1 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.

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

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

7.3 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

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

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

8. 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.

9. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, 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.

9.1.1A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário e documentos correlatos, definidos no subitem 23.15 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 Beneficiário, para recebimento do pagamento do Capital Segurado, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

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.

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.

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.

11.1 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, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

11.2 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.

11.3 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.

12. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

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

12.1 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.

13. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

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 a 100% da Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa.

2. RISCOS COBERTOS

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

3. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

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

4. CARÊNCIA

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.

5. DA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

6. CAPITAL MÁXIMO SEGURADO

Será definido nas condições particulares da apólice e, em qualquer hipótese, não poderá ultrapassar ao capital garantido pela Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa.

7. DA COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, mediante apresentação de notas fiscais originais e demais documentos necessários à comprovação do acidente, descritos na alínea "e" do subitem 23.15 destas Condições Gerais.

8. 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.

9. 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.

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

10. 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 contratado na Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa.

10.1 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.

11. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. OBJETIVO

Garantir ao Segurado o pagamento de uma indenização, limitada a 100% da Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa, em caso de invalidez funcional permanente total conseqüente de doença, que acarrete a perda da sua existência independente.

2. GARANTIA DO SEGURO

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

3. DEFINIÇÕES

Para os efeitos do disposto no item 1 anterior, a "perda da existência independente do Segurado" é caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nesta condição especial.

4. RISCOS COBERTOS

Está expressamente coberta a invalidez funcional permanente total do Segurado decorrente de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";
- b) Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;

- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado; e
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

4.1 Também está expressamente coberta a Invalidez Funcional Permanente Total do Segurado decorrente de outros Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença, desde que avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF e que atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

4.2 O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF é composto pela Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos e pela Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade.

4.3 A Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

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

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

4.6 Todos os Atributos constantes na Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

4.7 A Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade valoriza cada uma das situações ali previstas.

4.8 Os itens da Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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

Atributos	Escalas	Pontos
Relações do Segurado com o cotidiano	1º grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições clínicas e estruturais do Segurado	1º grau: O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00

Atributos	Escalas	Pontos
	2º grau: O Segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
Conectividade do Segurado com a vida	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º grau: O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

Dados Antropométricos, Riscos Interagentes e Agravos Mórbidos	Pontuação
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há IMC (índice de massa corporal) superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de dois fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08

5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

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

6. CARÊNCIA

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.

6.1 O período de carência para a Garantia Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) será de 180 (cento e oitenta) dias, contados do início de vigência da cobertura individual.

7. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada pelo Estipulante, 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 A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário de Aviso de Sinistro e documentos correlatos, conforme definido na alínea "f" do subitem 23.15 destas Condições Gerais.

8. COMPROVAÇÃO DO SINISTRO

8.1 As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, 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 Quadro Clínico Incapacitante.

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

8.3 Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta Garantia.

9. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta Garantia 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 25.6 das Condições Gerais.

10. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES

1. OBJETIVO

Garantir ao Segurado o pagamento de uma indenização, limitada a 100% da Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa, em caso de diagnóstico definitivo de doença grave durante a vigência do Seguro, conforme estabelecido no item 3 desta Condição Especial.

2. GARANTIA DO SEGURO

Doenças Graves.

3. RISCOS COBERTOS

Para fins desta garantia são consideradas Doenças Graves as seguintes patologias:

- a) Acidente Vascular Cerebral (AVC):** diagnóstico de acidente vascular cerebral, isquêmico ou hemorrágico com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, desde que cause seqüela neurológica definitiva ou morte comprovada do tecido cerebral;
- b) Cirurgia Coronariana:** diagnóstico de insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), que resulte da necessidade de realização de cirurgia de forma a restabelecer o fluxo sanguíneo adequado ao músculo cardíaco;
- c) Insuficiência Renal Crônica:** diagnóstico de falência funcional de ambos os rins, de caráter permanente e irreversível, e estar realizando diálise peritoneal e/ou hemodiálise permanente ou transplante;
- d) Neoplasia (Câncer):** diagnóstico de tumor maligno, caracterizado pelo crescimento anormal de células, com indicação de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia; e
- e) Transplante de Órgãos Vitais:** transplante de coração, fígado, medula óssea, pâncreas ou pulmão, desde que o transplante seja comprovado como único recurso para recuperação do órgão afetado.

4. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

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

5. CARÊNCIA

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.

5.1 O período de carência para a Garantia Adicional de Doenças Graves (DG) será de 180 (cento e oitenta) dias, contados do início de vigência da cobertura individual.

6. DIAGNÓSTICO DA DOENÇA

6.1 Diagnosticada uma doença que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada, **dentro do prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data do diagnóstico de Doença Grave**, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

6.2 A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário de Aviso de Sinistro e documentos correlatos, conforme definido na alínea "g" do subitem 23.15 destas Condições Gerais.

7. COMPROVAÇÃO DA DOENÇA

O Segurado, para recebimento do Capital Segurado, deverá provar satisfatoriamente o diagnóstico da doença coberta, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

7.1 As despesas efetuadas com a legitimação da Doença Grave, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora.

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.

7.3 Desde que efetivamente comprovada a Doença Grave, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura.

8. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta garantia 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 25.6 das Condições Gerais.



9. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES AMPLIADAS

1. OBJETIVO

Garantir ao Segurado o pagamento de uma indenização, limitada a 100% da Garantia Básica de Morte por Qualquer Causa, em caso de diagnóstico definitivo de doença grave durante a vigência do Seguro, conforme estabelecido no item 3 desta Condição Especial.

2. GARANTIA DO SEGURO

Doenças Graves Ampliadas.

3. RISCOS COBERTOS

Para fins desta garantia são consideradas doenças graves as seguintes patologias:

- a) Acidente Vascular Cerebral (AVC):** diagnóstico de acidente vascular cerebral, isquêmico ou hemorrágico com destruição do tecido cerebral causada por trombose, hemorragia ou embolia de origem extracraniana, desde que cause seqüela neurológica definitiva ou morte comprovada do tecido cerebral;
- b) Cirurgia Coronariana:** diagnóstico de insuficiência da(s) artéria(s) coronariana(s), que resulte da necessidade de realização de cirurgia de forma a restabelecer o fluxo sanguíneo adequado ao músculo cardíaco;
- c) Doença de Parkinson Grave:** laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão (neurologista), diagnosticando Mal de Parkinson em estado crônico, acompanhado de exames complementares apropriados.
- d) Insuficiência Hepática Crônica:** laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão, diagnosticando Insuficiência Hepática Crônica, exclusivamente para casos de Hepatite "C", inclusive a Cirrose Hepática, acompanhado de exames complementares apropriados.
- e) Insuficiência Renal Crônica:** diagnóstico de falência funcional de ambos os rins, de caráter permanente e irreversível, e estar realizando diálise peritoneal e/ou hemodiálise permanente ou transplante;
- f) Lupus em estado crônico:** laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão, diagnosticando Lupus em estado crônico, acompanhado de exames complementares apropriados.

- g) Neoplasia (Câncer):** diagnóstico de tumor maligno, caracterizado pelo crescimento anormal de células, com indicação de tratamento cirúrgico, quimioterapia e/ou radioterapia; e
- h) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS):** laudo médico, firmado por dois médicos na especialidade da patologia em questão (infectologista), diagnosticando a AIDS, acompanhado de exames complementares apropriados.
- i) Transplante de Órgãos Vitais:** transplante de coração, fígado, medula óssea, pâncreas ou pulmão, desde que o transplante seja comprovado como único recurso para recuperação do órgão afetado.

4. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

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

5. CARÊNCIA

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.

5.1 O período de carência para a Garantia Adicional de Doenças Graves (DG) será de 180 (cento e oitenta) dias, contados do início de vigência da cobertura individual.

6. DIAGNÓSTICO DA DOENÇA

6.1 Diagnosticada uma doença que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ela comunicada, **dentro do prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data do diagnóstico de Doença Grave Ampliada**, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

6.2 A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário de Aviso de Sinistro e documentos correlatos, conforme definido na alínea "h" do subitem 23.15 destas Condições Gerais.

7. COMPROVAÇÃO DA DOENÇA

O Segurado, para recebimento do Capital Segurado, deverá provar satisfatoriamente o diagnóstico da doença coberta, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

7.1 As despesas efetuadas com a legitimação da Doença Grave, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora.

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.

7.3 Desde que efetivamente comprovada a Doença Grave, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura.

8. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário desta garantia 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 25.8 das Condições Gerais.

9. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

Permitir a inclusão, na Apólice, dos cônjuges de todos os Segurados Principais, observadas as condições a seguir.

1.1. Equiparam-se aos cônjuges os(as) companheiros(as) 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 que façam parte do grupo Segurado Principal.

2. RISCOS COBERTOS

Os cônjuges poderão ser garantidos pelas Garantias Básicas de Morte por qualquer Causa (MQC) e Reembolso de Despesas com Funeral (RDF), e pelas Garantias Adicionais de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), de Doenças Graves (DG) e Doenças Graves Ampliadas (DGA).

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

3. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

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

4. CARÊNCIA

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.

4.1 O período de carência para a Garantia Básica de Reembolso de Despesas com Funeral (RDF) será de 30 (trinta) dias, contados do início de vigência da cobertura individual.

4.2 O período de carência para as Garantias Adicionais de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Doenças

Graves (DG) e Doenças Graves Ampliadas (DGA) será de 180 (cento e oitenta) dias, contados do início de vigência da cobertura individual.

5. FORMAS DE INCLUSÃO

- **AUTOMÁTICA:** nesta modalidade de inclusão, ficam incluídos na Apólice os cônjuges de todos os Segurados Principais, **exceto aqueles que já fizerem parte do Grupo Segurado Principal**. Neste caso, os prêmios correspondentes aos cônjuges serão pagos por todos os componentes do Grupo Segurado.
- **FACULTATIVA:** o cônjuge somente será incluído no Seguro por manifestação expressa do Segurado Principal e concomitantemente com ele, mediante preenchimento da proposta individual de adesão e da declaração de saúde do cônjuge. Os prêmios correspondentes ao Seguro do cônjuge serão pagos pelo respectivo Segurado Principal.

5.1 A inclusão do cônjuge no Grupo Segurado, posteriormente à inclusão do Segurado Principal, somente poderá ser feita mediante declaração de saúde assinada por ambos, podendo a Seguradora exigir, ainda, laudo médico que ateste as boas condições de saúde do cônjuge.

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 (IPA), de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), de Doenças Graves (DG) e Doenças Graves Ampliadas (DGA) será o próprio cônjuge.

6.1 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado principal e do seu cônjuge ou companheiro(a), os Capitais Segurados referentes às garantias contratadas, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos 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;**

- c) no caso de cancelamento de seu registro, quando se tratar de companheira(o); ou**
- d) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão do cônjuge for facultativa.**

8. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DA GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS

1. OBJETIVO

Permitir a inclusão, na Apólice, automaticamente, de todos os filhos e enteados menores de 21 anos, naturais ou adotados, dependentes do Segurado Principal e/ou do Segurado Dependente pela Condição Especial de Inclusão de Cônjuge. A Cobertura poderá ser estendida ao filho até 24 anos se este for solteiro, dependente dos pais e estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério de Educação.

1.1. Ficam também incluídos nesta cláusula:

- a) filho natimorto;
- b) filho inválido, de qualquer idade, considerado dependente do Segurado Principal pela legislação do Imposto de Renda e da Previdência Social.

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

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

2. RISCOS COBERTOS

Os filhos serão cobertos nas Garantias Básicas de Morte por Qualquer Causa (MQC) e de Reembolso de Despesas com Funeral (RDF). O Capital destinado a esta Garantia será realizado sob a forma única, até o limite do limite máximo de garantia da Apólice, o que estará ratificado no respectivo Contrato.

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

2.2 O limite máximo de garantia da Apólice para esta Garantia será definido em aditivo à Apólice e não poderá exceder o Capital Segurado para o Segurado Principal.

3. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

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

4. CARÊNCIA

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.

4.1 O período de carência para a Garantia Básica de Reembolso de Despesas com Funeral (RDF) será de 30 (trinta) dias, contados do início de vigência da cobertura individual.

5. FORMAS DE INCLUSÃO

- a) AUTOMÁTICA:** quando abranger os filhos de todos os Segurados Principais e/ou dos Cônjuges Segurados;
- b) FACULTATIVA:** quando abranger os filhos dos Segurados Principais e/ou dos Cônjuges Segurados que assim o autorizarem.

5.1 Quando ambos os cônjuges forem Segurados principais do mesmo grupo Segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito da cláusula.

5.2 O Capital Segurado dos filhos não pode ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado principal, observando-se que o critério para fixação do capital para esta garantia, que será estabelecido no Contrato da Apólice.

6. CANCELAMENTO DO SEGURO DO FILHO

O Seguro do filho será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da Apólice:

- a)** quando for cancelada a Condição Especial de Inclusão de Filhos;
- b)** nos casos de exclusão do Segurado Principal, inclusive por pagamento do capital total garantido por quaisquer das garantias contratadas;
- c)** no caso de cessação da condição de dependente, como previsto no Regulamento do Imposto de Renda;
- d)** quando o filho atingir 21 anos de idade ou 24 anos se este estiver cursando estabelecimento de ensino superior reconhecido pelo Ministério da Educação; ou



e) a pedido do Segurado Principal.

7. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta Cláusula será sempre o Segurado Principal.

8. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL DE DISTRIBUIÇÃO DOS EXCEDENTES TÉCNICOS DA APÓLICE

1. OBJETIVO

Estabelecer que a Seguradora concederá ao Estipulante da Apólice e/ou aos Segurados, quando o Seguro for parcial ou totalmente contributivo, uma participação em seus resultados técnicos, nos termos das condições definidas a seguir, desde que tenha sido verificada uma média mensal mínima de Segurados Principais, a ser definida no Contrato, durante o período de apuração.

2. APURAÇÃO DOS EXCEDENTES

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

3. DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO CUSTEIO

Nos Seguros parcial ou totalmente contributivos, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo Segurado, na forma estabelecida no Contrato da Apólice.

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

3.2 O percentual ou percentuais de reversão de excedente técnico deverá constar na proposta individual de adesão e no Contrato.

4. RECEITAS

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

- a) os prêmios líquidos, de competência correspondente ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos;
- b) o estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) estorno da reserva de sinistros ocorridos e não avisados, do período de vigência anual anterior.

5. DESPESAS

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

- a) as comissões de corretagem, de administração (pró-labore) e de agenciamento pagas durante o período;
- b) o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época, pagos ou avisados, e ainda não considerados até o fim do período em apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- c) os saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- d) as despesas gerais de administração da Seguradora, calculados em uma percentagem dos prêmios recebidos no período de apuração, bem como eventuais despesas extraordinárias com a Apólice; e
- e) reserva de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR – INCURRED BUT NOT REPORTED);
- f) impostos que venham a recair sobre os prêmios e sinistros conforme legislação vigente.

6. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

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

6.1 A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no Contrato até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos Segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no Contrato, observado o disposto no item 3 anterior.

7. REPASSE DOS EXCEDENTES TÉCNICOS

A devolução dos excedentes técnicos será feita ao Estipulante do Seguro, independentemente do tipo de custeio, ressalvado o disposto no item 7.1 posterior.

7.1 Nos Seguros total ou parcialmente contributários, hipótese prevista no item 3 anterior, é de inteira responsabilidade do Estipulante efetuar o repasse do excedente técnico aos Segurados, na proporção de contribuição de cada um.

8. RATIFICAÇÃO

Os percentuais de participação do Estipulante nos excedentes técnicos a serem distribuídos, conforme item 1 anterior, das despesas gerais de administração, mencionado na alínea "d" do item 5, e da quota referente ao Estipulante e/ou Segurados, quando o Seguro for parcial ou totalmente contributivo, nos termos do item 3 anterior, serão definidos em aditivo à Apólice ou no Contrato.

9. DISPOSIÇÕES FINAIS

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