



CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS COLETIVO PARA APÓLICES DO TIPO PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS

1. DEFINIÇÕES	3
2. OBJETIVO DO SEGURO	10
3. GARANTIAS DO SEGURO (RISCOS COBERTOS).....	11
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	11
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	13
6. CARÊNCIA E FRANQUIA	13
7. GRUPO SEGURÁVEL.....	14
8. GRUPO SEGURADO	15
9. ACEITAÇÃO DO PLANO DE SEGURO E ADESÃO AO GRUPO SEGURADO	15
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	17
11. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO	18
12. INCLUSÃO DE SEGURADOS	19
13. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS.....	19
14. INÍCIO DA GARANTIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO.....	22
15. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S).....	22
16. CUSTEIO DO SEGURO	24
17. TAXA MÉDIA.....	24
18. PRÊMIO MENSAL, CÁLCULO E RECÁLCULO.	25
19. PAGAMENTO DO PRÊMIO	26
20. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DAS GARANTIAS	31
21. ALTERAÇÕES NO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA	32
22. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL	33
23. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL	33
24. ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES DECORRENTES DO CONTRATO DE SEGURO	34
25. PROVA DO SEGURO	35
26. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO.....	36
27. OCORRÊNCIA DE SINISTROS	36
28. RELAÇÃO DE DOCUMENTO PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	37
29. TRANSFORMAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EM RENDA.....	39



30.	PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	40
31.	CANCELAMENTO DO SEGURO.....	41
32.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	42
33.	ESTIPULANTE – VINCULOS E OBRIGAÇÕES.....	42
34.	TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS	44
35.	CLÁUSULA ADICIONAL E SUPLEMENTAR.....	44
36.	FORO CONTRATUAL.....	44
37.	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES AO PLANO DE SEGURO	45
38.	PRESCRIÇÃO	46



1. DEFINIÇÕES

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

1.1. Acidente Pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez do Segurado, observado ainda que:

a) Incluem-se nesse conceito:

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

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

c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

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

b) Excluem-se desse conceito:

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

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

c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas 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) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhados, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nestas Condições Gerais.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

1.12. Certificado Individual: Documento que será enviado a cada Componente Principal contendo como elementos mínimos a data do início e término de vigência e os Capitais Segurados de cada garantia contratada relativa ao Componente Principal e aos Componentes Dependentes além do prêmio total.

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

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

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

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

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

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

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

1.20. Condições Particulares: São as condições que particularizam o contrato, indicando o seu objeto, valor do Seguro, características, etc.. As Condições Particulares

são exclusivas para cada contrato de comercialização de um determinado plano de seguro, ao contrário das Condições Gerais.

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

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

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

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

1.25. Doenças e Lesões Preexistentes e suas Consequências: São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado, anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de seguro e não declaradas na proposta de contratação ou de adesão ao seguro. Caracteriza-se, ainda, quando o Segurado omite tratamento realizado na contratação do plano de seguro.

1.26. Dolo: É toda espécie de artifício, engano ou manejo astucioso promovido por uma pessoa, com a intenção de induzir outrem à prática de um ato jurídico, em prejuízo deste e proveito próprio ou de outrem, ou seja, é um ato de má-fé, fraudulento, visando a prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro.

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

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

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

1.30. Excedente Técnico: Saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período definido na apólice.

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

1.32. Franquia: É um valor inicial do Capital Segurado ou um período em dias, pelo qual o Segurado fica responsável como Segurador de si próprio. Este valor ou número de dias estarão definidos nas Condições Particulares de cada contrato.

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

1.34. Foro: Âmbito geográfico ou local de disputas judiciais, relativas à responsabilidade do Segurado e do Segurador, decorrentes ou de descumprimento de contrato de seguro ou de danos pessoais e/ou materiais causados a terceiros em consequência do uso de seus produtos.

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

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

1.37. Grupo Segurável: É aquele constituído pela totalidade dos Componentes Principais e dos Componentes Dependentes.

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

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

- 1.40. Início de Vigência:** É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- 1.41. Início de Vigência da Cobertura Individual:** É a data a partir da qual a Seguradora assume a cobertura dos eventos previstos nestas condições gerais para cada Segurado.
- 1.42. Invalidez Permanente Total por Acidente:** Para fins deste seguro, é a perda física, ou impotência funcional definitiva e total, de órgão ou membro em virtude de lesão física, atestada por profissional legalmente habilitado, e causada por Acidente Pessoal coberto.
- 1.43. Juros de Mora:** É a multa contratual em face do pagamento do prêmio ou da indenização em atraso, estabelecida nos termos destas Condições Gerais.
- 1.44. Médico Assistente:** É o profissional legalmente licenciado para a prática da Medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da Medicina.
- 1.45. Migração da Apólice:** A transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.
- 1.46. Nota Técnica Atuarial:** Documento que contém a descrição e o equacionamento previamente à sua comercialização.
- 1.47. Nulidade:** Defeito ou vício próprio do ato nulo, do ato que natimorto e, por isso, não tem qualquer valia jurídica. É, portanto, o ato, que não pode produzir qualquer espécie de efeito jurídico.
- 1.48. Parâmetros Técnicos:** A taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.
- 1.49. Partes Contratantes:** São os Segurados, Estipulante e a Seguradora.
- 1.50. Período de Cobertura:** É o período durante o qual o Segurado ou os Beneficiários farão jus aos benefícios do plano de Seguro contratado.
- 1.51. Plano de Seguro:** É o conjunto de direitos e obrigações descritos nas Condições Gerais do seguro, em consonância como o disposto na respectiva Nota Técnica Atuarial. Os documentos que compõem um plano de seguro são: a Nota Técnica Atuarial e as Condições Contratuais.

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

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

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

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

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

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

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

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

1.60. Provisão de Sinistros a Liquidar: reserva técnica comprometida, relativa ao(s) valor(es) do(s) sinistro(s) já ocorrido(s) e avisado(s), mas ainda não indenizado(s).

1.61. Provisão Matemática de Benefícios: Valor atual dos compromissos da Seguradora para com o Segurado ou beneficiários durante o período de pagamento das indenizações em forma de renda.

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



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

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

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

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

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

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

1.69. Segurados: São os componentes do Grupo Segurado.

1.70. Seguro de Pessoas: Os seguros que provêm cobertura a danos pessoais sofridos pelos Segurados e/ou Dependentes, na forma regulada pela SUSEP.

1.71. Sinistro: Termo que define o acontecimento do evento previsto e coberto no contrato de seguro.

2. OBJETIVO DO SEGURO

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

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



3. GARANTIAS DO SEGURO (RISCOS COBERTOS)

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão excluídos da cobertura deste Seguro, além dos riscos conceituados anteriormente, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a) uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, golpe militar ou usurpação de poder, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) quaisquer alterações mentais, perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, incluídas as decorrentes de consumo de álcool, de entorpecentes, de substâncias tóxicas ou de drogas, a menos que estas tenham sido objeto de prescrição médica para o tratamento recomendado por médico legalmente habilitado;**
- d) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;**
- e) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;**
- f) de lesões ou doenças preexistentes à contratação do plano de seguro, que sejam de conhecimento do segurado na data de contratação do plano de seguro que não tenham sido declaradas pelo Segurado na proposta de adesão;**



- g) competições em aeronaves e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;**
- h) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- i) lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado ocorrida nos primeiros 02 (dois) anos de seguro ou da sua recondução depois de suspenso;**
- j) choque anafilático e suas consequências;**
- k) vôo em aeronaves, exceto quando seja como passageiro pagando passagem em uma aeronave de asa fixa que pertença e seja operada por uma linha aérea ou companhia de frete de aeronaves devidamente autorizada para prover o transporte aéreo regular de passageiros;**
- l) condução de qualquer tipo de veículo pelo Segurado enquanto o nível de álcool em seu sangue exceda o nível permitido pela lei do país onde ocorra o acidente coberto.**
- m) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro.**
- n) atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes nos seguros contratados por pessoas jurídicas.**
- o) lesões por esforço repetitivo (L.E.R.) e doenças relacionadas ao trabalho (D.O.R.T.);**
- p) doenças de conhecimento do segurado e não declaradas na Proposta (doenças preexistentes);**
- q) de acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;**
- r) de intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;**
- s) de qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto as hérnias da coluna quando houver fratura e/ou luxação;**
- t) do parto, o aborto e suas consequências;**



- u) das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;**
- v) das moléstias ou doenças crônicas decorrentes de picada de insetos;**
- w) epidemias declaradas ou não.**

Não obstante o descrito nos itens “b”, “d” e “e” estará coberto por este plano de seguro os sinistros em consequência da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1. O âmbito geográfico das coberturas será em todo globo terrestre, salvo disposição em contrário discriminado nas condições especiais, particulares ou na especificação da respectiva apólice.

5.2. Quando for o caso, eventuais encargos de tradução, referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora o qual deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecida, atualizado monetariamente nos termos da legislação.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. Respeitado o que estabelece o subitem 6.3 destas Condições Gerais, a Seguradora poderá adotar carência para coberturas contratadas. Nestes casos estarão estabelecidas e expressas na proposta de adesão de cada risco individual, em período anterior ao início de vigência, e com prévia anuência do Segurado.

6.2. O período de carência, quando existir:

- deverá haver prévia e expressa anuência do Segurado;
- será de no máximo 02 (dois) anos;

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

6.3. No caso de acidente pessoal não há aplicação de qualquer tipo de carência, exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa, quando o período de carência corresponderá a 02 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação ou adesão ao plano de seguro, ou da sua recondução depois de suspenso.

7. GRUPO SEGURÁVEL

7.1. São Seguráveis:

- a) Segurados Principais: aquelas pessoas que mantêm vínculo com o Estipulante;
- b) Segurados Dependentes: os cônjuges/companheiras (os), filhos, enteados, e menores considerados dependentes do Segurado principal pela Legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social.

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

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

Classe “B”: Grupos constituídos exclusivamente por membros de associações legalmente constituída, em que o sistema de pagamento de prêmio seja exclusivamente o de desconto na folha de salários e, por entidades de classe em que haja seleção profissional, não se exigido neste caso, necessariamente, o sistema de pagamento mediante desconto em folha.

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

8. GRUPO SEGURADO

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

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

9.1. Recebida a Proposta de Seguro, assinada pelo estipulante e corretor de seguros, caso aceita, serão emitidas a Apólice, Condições Gerais, Especiais e Particular sendo a inclusão dos proponentes feita:

- a)** Através de mídia magnética, em lay-out e formato fornecido pela Seguradora ao Estipulante, contendo no mínimo, nome completo, data de nascimento, sexo, documento de identificação, valor do Capital Segurado e prêmio;
- b)** Deverá(ão) acompanhar a informação acima citada, a(s) respectiva(s) Proposta(s) de Adesão, devidamente preenchida(s) e assinada(s) pelo(s) proponente(s);
- c)** A referida proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco;
- d)** A Seguradora fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com identificação da data e hora de seu recebimento, e procederá à

análise de aceitação ou recusa de acordo com o item 13 (Aceitação de Segurados) destas Condições Gerais;

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

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

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

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

a) caso tenha ávido adiantamento de pagamento antecipado, total ou parcial será restituído ao proponente, através do estipulante, no prazo máximo de 10(dez) dias corridos, a partir do momento da formalização da recusa;

b) o valor pago integral será deduzido da parcela “pro-rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, podendo ser devolvido integralmente a critério da Seguradora;

c) o valor devido será atualizado monetariamente pelo índice definido nestas Condições Gerais, a contar da data do pagamento até a data efetiva da restituição, de acordo com a legislação em vigor.

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

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

9.5.1 Nenhuma alteração nesse documento será válida se não for feita por escrito, com a concordância de ambas as partes contratantes, observadas as condições aprovadas.

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

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

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

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

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

10.4. As propostas de seguros que tenham sido recepcionadas com adiantamento de prêmio, total ou parcial terão seu início de vigência às 24 horas da data em que a Seguradora receber a proposta assinada pelo Estipulante.

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

10.5.1. Caso haja, na renovação, alteração da Apólice que implique em ônus aos segurados, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos do grupo Segurado.

10.5.2. A Apólice poderá ser renovada automaticamente, uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas no item 31 (Cancelamento do Seguro) destas Condições Gerais.

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

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

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

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

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

10.6. As garantias deste plano de seguro têm vigência por prazo determinado, e assim, é da faculdade da Seguradora não renovar este contrato na data do seu vencimento, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias que antecedam o fim de vigência da apólice

11. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO

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

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

12. INCLUSÃO DE SEGURADOS

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

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

13. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

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

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

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

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

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

13.2.3. A adoção pela Seguradora da faculdade prevista no item 13.2.2., implicará obrigatoriamente, a inclusão na Proposta Adesão e no Certificado de Seguro, alerta que a contratação de outros seguros, poderá ser configurada como incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, e a omissão do Segurado na comunicação desse fato à Seguradora, poderá resultar na perda do direito à garantia, se comprovado que silenciou de má-fé.

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

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

13.4. Recebido a Proposta de Adesão com todos os dados exigíveis, o mesmo será integralmente aceito, abrangendo todas as Garantias, caso a Seguradora sobre ele não se manifeste formalmente ao Proponente e ao Estipulante, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.

13.5. O prazo de 15 (quinze) dias, do item anterior será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos ou informações, complementares ou explicativas às contidas na Proposta Adesão.

13.5.1. A contagem do prazo voltará a correr às 24 horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

13.5.2. A solicitação dos documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez.

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

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

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

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

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

13.10. A Seguradora pode adotar carência na Garantia de Morte, definida nas Condições Contratuais.

13.11. Adotada a carência, ao Estipulante fica assegurado a prorrogação automática da Apólice por período no mínimo correspondente a carência fixada, respeitada a prerrogativa de seu cancelamento pela Seguradora por impossibilidade de manutenção

do grupo, nos termos do disposto no item 31. (Cancelamento do Seguro) destas Condições Gerais.

13.12. Em caso de morte do Segurado durante o prazo de carência, as provisões técnicas deverão ser revertidas aos beneficiários, nos termos em que dispõe a lei civil, e nos casos em que for tecnicamente possível.

14. INÍCIO DA GARANTIA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO

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

- a)** Os certificados e endossos terão seu início e término de vigência às 24 horas das datas para tal fim neles indicados;
- b)** Caso tenha sido recepcionado, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta adesão ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice;
- c)** Caso tenha sido recepcionado, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, desde que aceito, conforme **item 13.** (Aceitação de Segurados) e **subitens**, o início de vigência do risco individual será às 24 horas da data de recepção pela Seguradora.

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

15. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)

15.1. É facultado ao Segurado indicar livremente o(s) Beneficiário(s), aplicar-se-á, para efeito de pagamento do capital Segurado, o disposto no art. 792 do Código Civil Brasileiro.



“Art. 792 – Na falta de indicação de pessoa ou Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.”

“Parágrafo Único – Na falta das pessoas indicadas neste artigo serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência”

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

15.3. Para efeito de pagamento de indenização do seguro, com quem o (a) Segurado (a) mantém relações não eventuais e com quem esteja impedido de casar está legalmente inibido (a) de figurar como Beneficiário (a), de acordo com o artigo 793 do Código Civil Brasileiro, que dispõe:

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

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

“Art. 791. Se o Segurado não renunciar a faculdade, ou se o seguro não estiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivo ou de última vontade.

Parágrafo Único. “O segurador que não for cientificado oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário”.



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

15.6 A pessoa jurídica não poderá ser beneficiária de um contrato de seguro, mesmo quando assuma custeio de formação, aperfeiçoamento ou especialização profissional do segurado.

16. CUSTEIO DO SEGURO

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

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

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

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

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

17. TAXA MÉDIA

17.1. A taxa média é o quociente entre a soma total do prêmio tarifário individual e a soma total do capital da Garantia Básica de cada Segurado.

17.2. Taxa média final é a taxa média acrescida dos carregamentos técnicos e das taxas correspondentes às Garantias Adicionais e Cláusula Suplementar, quando contratadas e incluídas na Apólice.

17.3. A taxa média será calculada no início de vigência da Apólice e recalculada, anualmente no seu aniversário, com base no Grupo Segurado, devendo prevalecer sempre a taxa média recalculada, se esta for superior ou inferior a vigente em mais de 10% (dez por cento), ou a qualquer época caso haja alterações substanciais na composição do grupo que justifiquem seu recálculo.

17.4. Caso haja, na renovação, alteração da Apólice que implique em ônus aos segurados, deverá haver anuência prévia de pelo menos do grupo Segurado.

18. PRÊMIO MENSAL, CÁLCULO E RECÁLCULO.

18.1. O prêmio mensal de cada Segurado é o produto da taxa média final da Apólice pelo respectivo capital da Garantia Básica de cada Segurado, adicionada a(s) taxa(s) da(s) Cobertura(s) Adicional (is) e Cláusula(s) Adicional (is), quando contratadas.

18.2. Segundo as definições acima a Seguradora poderá, anualmente ou com a periodicidade definida nas Condições Contratuais, recalculer a taxa média e alterar o faturamento dos prêmios mensais se a natureza dos riscos do seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, ou seja, o volume de sinistros pagos e avisados superar o de prêmios arrecadados.

18.3. Caso a alteração de taxa prevista no item anterior implique em ônus aos segurados, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos do Grupo Segurado.

18.4. O aumento na taxa média final deverá ser realizado por endosso ou aditivo com concordância expressa e escrita do Estipulante.

19. PAGAMENTO DO PRÊMIO

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

- a) nome do Estipulante;
- b) valor do prêmio;
- c) data de emissão;
- d) número da apólice e proposta de seguro;
- e) data limite para o pagamento.

19.1.1. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o **subitem 19.1 (Pagamento de Prêmio)** diretamente ao Estipulante ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

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

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

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

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

19.5. Caso o plano preveja o fracionamento do prêmio, o critério adotado será o seguinte:

19.5.1. Não será permitida cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

19.5.2. Deverá ser garantido ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

19.5.3. Os prêmios serão pagos em parcelas sucessivas, não podendo a primeira parcela ser paga a prazo superior a 30 (trinta) dias, contados da emissão da Apólice, endosso ou aditivo, bem como a data de vencimento da última não poderá ultrapassar a vigência desta Apólice.

19.5.4. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

Relação % entre a parcela do prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
13	15/365
20	30/365
27	45/365

Relação % entre a parcela do prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
73	195/365
75	210/365
78	225/365



30	36/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365

80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

19.5.5. Para percentuais não previstos no **subitem 19.5.4 (Pagamento de Prêmio)**, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

19.5.6. A Seguradora deverá informar ao Segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme item **19.5.4 (Pagamento de Prêmio)**.

19.5.7. Restabelecendo o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previsto no **item 24 (Atualização das Obrigações decorrentes do Contrato de Seguro)** destas Condições Gerais, dentro do novo prazo de vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice.

19.5.8. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referida no **item 19.5.4 (Pagamento de Prêmio)** sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, operará de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro, desde que haja expressa previsão contratual neste sentido.

19.5.9. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração de prazo de vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua vigência, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento de contrato.

19.5.10. Quando o pagamento do prêmio for efetuado por meio de carnê, neste deverão constar, obrigatoriamente, as seguintes informações, quando for o caso:

- a) “a falta de pagamento da primeira parcela implicará no cancelamento da Apólice”; e
- b) “a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à primeira poderá implicar o cancelamento da apólice, nos termos da cláusula de fracionamento de prêmios constantes das condições contratuais do seguro”.

19.5.11. O disposto neste subitem não se aplica aos planos, cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

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

19.7. Fica vedado o cancelamento do seguro cujo prêmio tenha sido pago à vista, mediante financiamento obtido junto a instituições financeiras, nos casos em que o Segurado deixar de pagar o financiamento.

19.8. Se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito à indenização não ficará prejudicado.

19.8.1. Nos casos previstos no **subitem 19.6 (Pagamento de Prêmio)**, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluindo o adicional de fracionamento.

19.9. Decorridos os prazos de vencimento, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, o contrato ou aditamento a ele referente ficará automaticamente e de pleno direito suspenso de acordo com o disposto no **item 20 (Suspensão e Reabilitação das Garantias)**, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.

19.10. Será admitida a reabilitação da Garantia do Seguro antes que se completem, no máximo, 03 (três) parcelas mensais em atraso, consecutivas ou não, desde que não seja ultrapassado o prazo concedido pela Seguradora para quitação da(s) parcela(s) em atraso(s), observadas as condições estabelecidas no **item 20 (Suspensão e Reabilitação das Garantias) e subitens.**

19.11. A Seguradora poderá delegar ao Estipulante, sobre sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a cobrança dos prêmios, ficando o Estipulante responsável pelo pagamento, nos prazos contratuais, das respectivas faturas ou documentos de cobrança emitidos pela Seguradora e apresentados através da rede bancária.

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

19.11.2. Se o Estipulante deixar de recolher a Seguradora os prêmios de Seguro Contributário recebidos dos Segurados, tal fato não dará direito ao cancelamento da Apólice das Garantias dos Segurados que tenha efetuado o pagamento, por ferir os direitos adquiridos e caracterizar apropriação indébita, sujeita às cominações legais.

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

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

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

19.11.6. Os prêmios cobrados através de desconto ou consignação na folha de pagamento, não sendo o empregador o Estipulante do seguro, deverão ser recolhidos diretamente à Seguradora, mediante fatura ou documento de cobrança por ele apresentado, através da rede bancária. Nos Seguros que se enquadrarem nesta condição poderão ser aplicadas a critério exclusivo da Seguradora, o disposto nos subitens **19.11.** e **19.11.1.** acima.

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

20. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DAS GARANTIAS

20.1. Ficarão suspensas as Garantias do seguro, na falta de pagamento do prêmio do seguro, seja pela não quitação da fatura ou do carnê, seja pela inexistência de saldo suficiente na conta corrente indicada na proposta de Seguro, no período de 90 (noventa) dias contados a partir do primeiro dia de vigência do prêmio em atraso, caso contrário será cancelado de acordo com o previsto nestas condições gerais.

20.2. Durante o período de suspensão e desde não tenha ocorrido sinistro, poderá ser solicitado por escrito pelo Estipulante o restabelecimento do contrato de seguro, observado a seguinte condição:

a) A Seguradora, se aceitar a solicitação, reabilitará o seguro, sem a cobrança de prêmio do período de suspensão e estará isenta de responsabilidade quanto ao pagamento do Capital Segurado da(s) Garantia(s) deste seguro, mesmo que o prêmio em atraso venha ser indevidamente quitado, desde que estabelecido nas Condições Gerais/Contratuais da Apólice, com assinatura das partes envolvidas;

b) As garantias do seguro serão restabelecidas, a partir do mês que a Seguradora der a autorização a contar das 24 horas do 1º (primeiro) dia subsequente ao do efetivo pagamento.



20.3. Caso a Seguradora opte por cobrar prêmios em atraso, o mesmo deverá ser quitado acrescido de juros e Atualização Monetária, conforme previsto **no item 24. (Atualização das Obrigações decorrentes do Contrato de Seguro)** e ficará obrigada a dar cobertura para os sinistros ocorridos durante o período de suspensão, o que será estabelecido nas Condições Especiais/Contratuais da Apólice, com assinatura das partes envolvidas.

20.4. Caso o Segurado não quite os prêmios antes do sinistro, a Seguradora poderá descontar do valor do Capital Segurado o valor dos prêmios em atraso, sendo que incidirá a atualização monetária com aplicação do índice previsto no **subitem 24.1.1. (Atualização das Obrigações decorrentes do Contrato de Seguro)**, sobre o valor do prêmio não pago, da data do vencimento até a data do efetivo pagamento, acrescido de juros mora definido no **subitem 24.1.2. (Atualização das Obrigações decorrentes do Contrato de Seguro)**, calculada em base “pro-rata-temporis” da data de vencimento até a data do efetivo pagamento.

21. ALTERAÇÕES NO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

21.1. Qualquer modificação da Apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados dependerá da anuência expressa de três quartos do segurados pertencentes ao Grupo Segurado, conforme estabelecido no:

a) § 2º. do Art. 801 do Código Civil Brasileiro:

“A modificação da Apólice em vigor dependerá da anuência expressa de segurados que representem três quartos do grupo”

b) Parecer de Orientação SUSEP nº 7/2004 e no Art. 10 da Resolução CNSP 107/2004

“ENUNCIADO 58: Nos seguros de vida em grupo, será necessária anuência de (três quartos) dos segurados para qualquer modificação ocorrida na Apólice que implicar em ônus ou dever para os segurados.”

“ENUNCIADO 59: A simples renovação da Apólice em grupo, que não implicar em ônus ou dever para os segurados, poderá ser feita pelo Estipulante”

22. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

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

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

- a)** na Garantia de Morte, a data do falecimento;
- b)** nas Garantias Adicionais e Cláusulas Suplementares, as definidas em cada uma das Cláusulas Adicionais que forem contratadas pelo Estipulante.

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

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

22.5 Nos planos coletivos, pode ser cobrado dos segurados, cujo Capital Segurado ultrapassar o limite especificado no parágrafo anterior, prêmio sobre o valor que exceder tal limite, de acordo com a taxa de sua idade, se esta for superior a taxa média do grupo.

22.5.1 A aceitação pela Seguradora de estabelecimento de Capital Segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará, obrigatoriamente, na observância de referido valor para efeito de pagamento da indenização nas Condições Contratuais.

23. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

23.1. O Capital Segurado deve ser atualizado monetariamente a cada ano, para todos os Segurados do grupo Segurado, segundo a variação dos salários proventos ou outros

fatores objetivos, ou com base no índice indicado no **subitem 24.1. (Atualização das Obrigações decorrentes do Contrato de Seguro)**, de acordo com o que dispuserem nas Condições Contratuais.

24. ATUALIZAÇÃO DAS OBRIGAÇÕES DECORRENTES DO CONTRATO DE SEGURO

24.1. Pagamento de Atualização Monetária e Juros Moratórios

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

24.1.1. ALTERAÇÕES NO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

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

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

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

24.1.2. Juros de Mora

24.1.2.1. A título de juros de mora será utilizado o percentual máximo de 2% (dois por cento) ao mês.

24.2. Devolução de valores relativos à Pagamento de Prêmio

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

- a)** No caso de cancelamento do contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora;
- b)** No caso de recebimento indevido de prêmio: a partir da data de recebimento do prêmio;
- c)** No caso de recusa da Proposta do Seguro ou Proposta Adesão: a partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.

24.3 Atualização de outras Obrigações Pecuniária data de exigibilidade e cálculo

- a)** Os demais valores, das obrigações pecuniárias da Seguradora, **incluindo as indenizações e pagamentos dos prêmios**, se sujeitam à atualização monetária pela avaliação positiva do índice estabelecido acima, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a partir da data de exigibilidade. A critério da Seguradora, a atualização poderá ser aplicada a partir da data de exigibilidade, mesmo que a obrigação tenha sido paga dentro do prazo previsto. Considera-se data de exigibilidade a data de ocorrência do evento;
- b) Aplicação de Mora:** Quando o prazo de qualquer obrigação pecuniária supera o prazo fixado nestas Condições Contratuais/Especificação da Apólice, os valores acrescidos serão de juros moratórios, com a taxa acima indicada, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato, sendo que sua falta será equivalente a taxa que estiver em vigor para a mora de pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

25. PROVA DO SEGURO

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

- a)** Certificado Individual;
- b)** Instrumento/documentação de cobrança;

c) Manual do Segurado, contendo as Condições Gerais e Condições Especiais Condições Contratuais.

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

26. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

26.1. As Garantias de qualquer Segurado cessarão:

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

27. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

27.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá(ão) o(s) Beneficiário(s), informar imediatamente o sinistro e comprovar satisfatoriamente sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados no item 28. (**Relação de Documento para Liquidação de Sinistro**), bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

27.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento do Capital Segurado devido pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação que comprovem ocorrência de Sinistro coberto pela Apólice e os prejuízos indenizáveis.

27.3. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiário(s) ou Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos **no item 28. (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro) e seus subitens**, inclusive informações ou esclarecimentos complementares, neste caso, o prazo mencionado no subitem 27.1. será suspenso e reiniciado a partir do recebimento pela Seguradora destes documentos e informações ou esclarecimentos.

27.3.1. Não respeitado o prazo previsto no **subitem 27.1.** os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária conforme definido **no item 24. (Atualização das Obrigações Decorrentes do Contrato de Seguro)**, aplicados a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento.

27.3.2. A exigência de alvará judicial para o cumprimento de obrigação pactuada somente poderá ser solicitado pela seguradora para verificar a regularidade de representação, quando o pagamento da indenização que não for efetuado diretamente ao Beneficiário.

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

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

28. RELAÇÃO DE DOCUMENTO PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

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

28.1.1. Para Cobertura de Morte

28.1.1.1. Formulário

a) Aviso de sinistro

28.1.2. Documentos do Segurado

28.1.2.1. Em caso de morte natural o(s) Beneficiário(s) deverá (ao) providência os seguintes documentos:

- a)** Cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b)** Cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Seguro, se for o caso;
- c)** Cópia da carteira de identidade, do CPF e do comprovante de residência do Segurado;
- d)** Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida;
- e)** Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado;
- f)** Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- g)** Ficha de registro do Empregado;
- h)** Radiografias do Segurado (quando houver);
- i)** Guia de Internação (quando houver).

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

- a)** Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- b)** Conclusão do Inquérito Policial, caso não esteja concluído, suas peças processuais, tais como protraias declarações de familiares do Segurado e depoimentos de testemunhas arroladas;
- c)** A falta do documento citado no item anterior não será causa de indeferimento para o pagamento do Capital Segurado, sendo que em caso de dúvida fundada e justificada a Seguradora promoverá a consignação em pagamento.
- d)** Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- e)** Laudo de Dosagem alcoólica e/ou Toxicológico;
- f)** Cópia do Boletim de Ocorrência ou certidão de Ocorrência Policial se for o caso;
- g)** Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização;

28.1.3. Documentos do(s) Beneficiário(s)

- a) Cópia da carteira de identidade, do CPF e do comprovante de residência do (s) Beneficiário(s), quando maior (es) de 18(dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor (es) de 18 anos;
- b) Cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário (s) menor (es), órfão (s) de pai e mãe;
- c) Cópia do termo de Curatela, no caso de Beneficiário (s) incapaz (es).
- d) Em caso de Companheiro (a), além dos documentos indicados **no subitem 28.1.3., letra “a”**, providenciar cópia da célula de identidade, da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou Declaração de duas testemunhas de que o Segurado vivia maritalmente, especificando data, e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.

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

28.3. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na Apólice será proposta pela Seguradora no prazo de 30(trinta) dias a constituição de uma junta médica com 03(três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

28.3.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que estiver designado. Os honorários do terceiro médico serão pagos em partes iguais pelo Segurado e pela Seguradora.

29. TRANSFORMAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EM RENDA

29.1 As indenizações pela garantia de Morte, ou, quando contratada(s) na(s) cobertura(s) Morte por Acidente, Invalidez Total por Acidente ou Invalidez Permanente Total por doença, podem ser pagas integral ou parcialmente, sob a forma de renda certa, temporária ou vitalícia, em prestações mensais, iguais ou sucessivas, conforme acordado

entre partes, desde que tenha ávida opção expressa do Segurado neste sentido, devendo as partes estabelecer, nas Condições Contratuais, o valor da renda mínima inicial.

29.2. O valor de cada parcela deve ser calculado utilizando-se da taxa de juros definida nas Condições Contratuais, limitada a 6% a.a. (seis por cento ao ano) ou sua equivalente efetiva mensal, e atualizado monetariamente, pelo índice definido no **subitem 24.1** e seus **subitens** destas Condições Gerais.

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

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

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

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

30. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

30.1. Conforme o estabelecido no artigo 766 do Código Civil Brasileiro:

“Se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer colocações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa, perderá o direito à Garantia, além de ficar obrigado ao Prêmio vencido.”

“Parágrafo único. Se a exatidão ou omissão não resultar de má fé do Segurado, a Seguradora terá direito de resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após Sinistro, a diferença do Prêmio.”

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

- a) inobservância das obrigações convencionadas neste seguro; e
- b) agravamento intencional do risco objeto do contrato, conforme previsto no Código Civil Brasileiro;

Art. 768. “O Segurado perderá direito à garantia se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato”

30.3 Caso ocorra incidente suscetível de agravar o risco coberto, o Segurado, através do Estipulante, de imediato, deverão comunicar o fato, por escrito à Seguradora, sob pena de perder o direito à Garantia, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro:

Art. 796. “O Segurado é obrigado a comunicar ao segurador, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder direito à garantia, se provar que silenciou-se de má-fé.”

30.4 A Seguradora poderá cancelar o contrato de seguro, mediante comunicação escrita do Estipulante, dentro do prazo de 15(quinze) dias do recebimento do aviso de agravação, conforme previsto no parágrafo primeiro de artigo 769 do Código Civil Brasileiro:

“O Segurado, desde que faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco sem culpa do Segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de resolver o contrato.”

31. CANCELAMENTO DO SEGURO

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



- a) O Estipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
- b) Ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Estipulante, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro;
- c) Extinção do Estipulante como pessoa jurídica ou sua inabilitação determinada por órgão competente, a que este estiver vinculada;
- d) Morte do Estipulante no caso deste ser Pessoa Física.

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

- a) Quando a composição do grupo Segurado ou natureza dos riscos vier a sofrer alterações tais que tornem incompatível com as condições mínimas de manutenção, de acordo com estas Condições Gerais e Condições Contratuais;
- b) No caso de **seguro não contributivo**, em qualquer época, por mútuo e expreso consenso da Seguradora e do Estipulante, mediante aviso prévio de no mínimo 30 (trinta) dias;
- c) No caso **seguro contributivo**, ressalvadas as hipóteses previstas nos **subitens 31.1.** somente poderá ser cancelado quando expirar o prazo de sua validade, ou antes, disso, se houver mútuo e expreso consenso do Estipulante, Segurados Principais e Seguradora.

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

32. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

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

33. ESTIPULANTE – VINCULOS E OBRIGAÇÕES

- 33.1.** Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais.
- 33.2.** Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente.
- 33.3.** Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro.
- 33.4.** Repassar ao Segurado todas as comunicações ou aviso inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração.
- 33.5.** Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao plano de seguro, emitidos para o Segurado.
- 33.6.** Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.
- 33.7.** Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistro.
- 33.8.** Comunicar, de imediato, à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao plano de seguro contratado.
- 33.9.** Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

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

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

33.12. Promover a informação e o recebimento da expressa anuência dos Segurados que representem, pelo menos, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado, sempre que, pela Seguradora for comunicado qualquer alteração que implique ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos e que não estejam previstos pelo contrato de seguro.

34. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

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

“Art. 800. nos seguros de pessoas, o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.”

35. CLÁUSULA ADICIONAL E SUPLEMENTAR

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

36. FORO CONTRATUAL



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

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

36.1.2. Cláusula Compromissória de Arbitragem – Regida pela Lei n° 9.307, de 23 de Setembro de 1996:

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

37. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES AO PLANO DE SEGURO

37.1. Este plano de seguro foi submetido à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, estando suas condições registradas através do processo nº (15.414.000407/2012-94).

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

37.3. 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.

37.4. Para fins das coberturas contratadas por este plano de seguro e suas condições, os prazos prescricionais serão aqueles definidos em lei.

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

38. PRESCRIÇÃO

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

39. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS – GARANTIA DE MORTE

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Este plano de seguro tem por objetivo, até o limite do capital segurado contratado, em caso de morte do Segurado por causas naturais e/ou acidentais, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais, e desde que não se trate de risco extremamente excluído.

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

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.**

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento.

4. DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO



4.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 17 (Liquidação de Sinistros) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no item 18 (Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistros) das Condições Gerais, bem como:

4.1.1. Em caso de morte natural incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópia deverão ser autenticadas:

- a. cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b. cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- c. cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado;
- d. cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- e. Radiografias do Segurado (quando houver);
- f. Declaração Médica indicando causa mortis com firma reconhecida.

4.1.2. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópia deverão ser autenticadas:

- a) cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- b) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo;
- c) cópia Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de Acidente de Trabalho;
- d) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- e) Cópia do Laudo de Exame de Corpo de Delito (IML);
- f) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

5. RATIFICAÇÃO

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



CONDIÇÕES ESPECIAIS-GARANTIA ADICIONAL DE MORTE ACIDENTAL

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Garantir ao(s) Beneficiário(s) indiciado(s), o pagamento de uma indenização suplementar, em caso de morte do Segurado em consequência de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência desta Garantia Adicional.

1.2. O Capital Segurado para esta garantia adicional terá como base de cálculo de seu valor, o Capital Segurado contratado, sendo o seu valor fixado na Proposta de Seguro e nas Condições Contratuais.

1.3. Considera-se como data do evento, para determinação do Capital Segurado e data do falecimento.

2. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

2.1. Em caso de sinistro cabe ao(s) Beneficiário(s) proceder conforme descrito no **item 27. (Ocorrência de Sinistro)** das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos no **item 28. (Relação de Documentos para Liquidação de Sinistro)** das Condições Gerais.

3. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

3.1. As indenizações por **MORTE** e **INVALIDEZ PERMANENTE**, quando contratada, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por **INVALIDEZ PERMANENTE** verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

4. RATIFICAÇÃO



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

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



CONDIÇÕES ESPECIAIS GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPTPA)

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Mediante o pagamento do prêmio adicional correspondente e expressa inclusão cláusula na apólice e no certificado individual de cada Segurado, o objetivo deste plano de seguro é de garantir ao(s) beneficiário(s), o pagamento de uma indenização de até 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgãos por lesão física, desde que ocorrida exclusivamente em consequência de acidente pessoal do Segurado e por evento não excluído pelo item 02, destas Condições Especiais.

2. RISCOS EXCLUIDOS

2.1. Além do disposto no item 04 das Condições Gerais deste plano de seguro, FICA PREVIAMENTE ESTABELECIDO QUE ESTE PLANO DE SEGURO NÃO GARANTE:

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

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

2.1.3 de doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimentos visíveis;



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

2.1.3. de acidentes com tratamento ou exames clínicos, cirúrgicos, medicamentos, por meio de agentes físicos, raio X, radium ou outros – quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por acidente coberto.

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

2.2. Estão também excluídos da garantia desta condição especial, qualquer pagamento, mesmo quando em consequência de evento coberto, decorrente de:

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

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

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

3. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

3.1. As indenizações por **MORTE e INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE** não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por **INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE** verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo, a Seguradora



pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo, entretanto a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. Após cada acidente o Capital Segurado relativo a esta garantia será integrado automaticamente sem cobrança de prêmio adicional.

5. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

1º EM CASO de INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL

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

2º EM CASO de INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL (DIVERSAS)

DESCRIÇÃO	Indenização
Perda total da visão de um olho	30% da I.S.
Perda total da visão de 1 olho, quando o Segurado já não tiver outra vista	70% da I.S.
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40% da I.S.



Surdez total incurável de um dos ouvidos	20% da I.S.
Mudez incurável	50% da I.S.
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20% da I.S.
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20% da I.S.
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25% da I.S.

3º EM CASO de INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL DOS MEMBROS SUPERIORES

DESCRIÇÃO	Indenização
Perda Total de Um dos membros Superiores	70% da I.S.
Perda total do uso de uma das mãos	60% da I.S.
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50% da I.S.
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio – ulnares	30% da I.S.
Anquilose total de um dos ombros	25% da I.S.
Anquilose total de um dos cotovelos	25% da I.S.
DESCRIÇÃO	Indenização
Anquilose total de um dos punhos	20% da I.S.
Perda total do uso de um dos polegares inclusive o metacarpiano	25% da I.S.
Perda total do uso de um dos polegares exclusive o metacarpiano	18% da I.S.
Perda total do uso da falange distal do polegar	9% da I.S.
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15% da I.S.
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12% da I.S.



Perda total do uso de um dos dedos anulares	9% da I.S.
Perda total do uso de Qualquer falange, excluídas as do polegar	1/3 do valor do dedo respectivo

4º EM CASO de INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES

DESCRIÇÃO	INDENIZAÇÃO
Perda total de um dos membros inferiores	70% da I.S.
Perda total do uso de um dos pés	50% da I.S.
Fratura não consolidada de um fêmur	50% da I.S.
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25% da I.S.
Fratura não consolidada da rótula	20% da I.S.
Fratura não consolidada de um pé	20% da I.S.
Anquilose total de um dos joelhos	20% da I.S.
Anquilose total de um dos tornozelos	20% da I.S.
Anquilose total de um Quadril	20% da I.S.
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma Parte do mesmo pé	25% da I.S.
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10% da I.S.
Amputação de qualquer outro dedo	3% da I.S.
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo,	indenização equivalente a 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%



De menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização
----------------------------------	-----------------

5.1. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação da percentagem do grau de redução prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%.

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

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

5.4. A invalidez permanente prevista nesta condição especial deve ser comprovada através de declaração médica.

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

5.6. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, relacionadas ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de constatação, a constituição de junta médica que será

constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

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

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

5.11. As indenizações por morte acidental e invalidez permanente não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado por morte acidental.

5.12. A reintegração do capital segurado contratado para esta garantia se dá de forma automática após cada acidente, ou seja, sem cobrança de prêmio adicional.

5.13. Ocorrendo o pagamento total do capital segurado desta cobertura, fica automaticamente, cancelada esta garantia especial.

6. DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO

6.1. Para fins do que estabelece o **item 27 (Ocorrência de Sinistros)** das Condições Gerais, a comunicação de ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos básicos:

- a.** formulário de aviso de sinistro da Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante; pelo Segurado ou seu representante legal; e pelo médico assistente;
- b.** cópia autenticada da declaração médica comprovando a invalidez;
- c.** cópia autenticada do atestado de alta médica, indicando o grau de redução funcional do membro ou órgão lesado;
- d.** cópia autenticada de todos os resultados dos exames médicos realizados;
- e.** cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do Segurado;
- f.** cópia autêntica do boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- g.** cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo e dirigido pelo Segurado;
- h.** cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- i.** comprovante de residência do Segurado; e
- j.** documento oficial informando o valor do saldo devedor na data do evento.

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

7. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS – GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – IFPD – ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA DE MORTE

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado relativo a esta cobertura, como Antecipação da Cobertura de Morte, em caso de invalidez funcional permanente e total do Segurado, em consequência de doença que cause a perda da sua existência independente, conforme critérios específicos nos itens Conceitos, Riscos Excluídos e Cancelamento da Cobertura, constantes desta Condição Especial e das Condições Gerais do Seguro.

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

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins da cobertura de invalidez funcional total permanente por doença é necessária a caracterização da perda da existência independente do Segurado em consequência de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

2.1.1. 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.

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

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

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

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

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

2.1.7. Dados Antropométricos: peso e altura do Segurado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.18. Estado Mórbido: piora de uma doença.

2.1.19. Etiologia: causa da doença.

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

2.1.21. Hígido: saudável.

2.1.22. Perda da Existência Independente: ocorrência de quadro clínico incapacitante decorrente de doença que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, o qual deverá ser comprovado por meio dos parâmetros e documentos especificados no item 7 destas condições.

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

2.1.24. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

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

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

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

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

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

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

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

3. DO RISCO COBERTO

3.1. O risco coberto assegurado, em caso de invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a perda da existência independente na vigência da apólice e/ou certificado individual, é o pagamento da indenização, limitado ao capital segurado.

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

3.3. O risco coberto, observado o disposto no item 5, as disposições das condições contratuais e a vigência da apólice e/ou do certificado individual, garantem ao beneficiário o pagamento da indenização.

3.3.1. O risco coberto, comprovado segundo critérios vigentes à época do pagamento da indenização e adotado pela classe médica especializada, deverá ser proveniente exclusivamente dos seguintes quadros clínicos:

- a)** Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b)** Doenças neoplásicas malignas ativas, sem 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 e, conseqüentemente, sua consumpção, sem prognóstico terapêutico favorável e que não

mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao se controle clínico;

d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;

e) Doenças manifestadas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou funções de dois membros, em grau máximo;

f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) Deficiência visual **decorrente de doença proveniente de:**

I. Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

II. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

III. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou

IV. Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) Estados mórbidos **decorrentes de doença** que acarretem:

I. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

II. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou

III. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

i) Doença em estágio terminal, diagnosticada por médico assistente habilitado durante a vigência do contrato.

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

3.3.2.1. O IAIF é composto por dois documentos:

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

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

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

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

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

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

3.5. Poderá ser fixada no contrato uma carência para o pagamento da indenização, contada do início da vigência do contrato ou aumento do capital segurado, no que diz respeito à parcela do capital segurado que foi aumentada.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além do disposto no item 04 das Condições Gerais deste plano de seguro, a Seguradora não garante o pagamento da indenização caso a invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente de doença e que cause a perda da



existência independente do Segurado ocorrida na vigência do certificado individual e/ou da apólice ocorra por consequência, direta ou indireta, de:

- a) perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as doenças profissionais;**
- c) doença agravadas por traumatismos.**

4.2. Não se considera risco excluído a invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente de doença e que cause a perda da existência independente de Segurado durante a vigência da apólice e do certificado individual proveniente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação do serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado será determinado pelo Estipulante em moeda corrente nacional, sempre respeitados os limites mínimos e máximos de contratação, fixados pela Seguradora e acordados no contrato.

5.2. O capital segurado somente será alterado após submissão e aceitação pela Seguradora de nova proposta de contratação do Estipulante ou nova proposta de adesão do Segurado à Seguradora.

5.2.1. No caso de alteração de capital segurado solicitado diretamente pelo Segurado, será emitido novo certificado individual.

6. DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO



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

- a)** Formulário de aviso de sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente, com a data do sinistro;
- b)** Relatório médico integralmente preenchido e assinado, com firma reconhecida, pelo médico do Segurado inválido;
- c)** Cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado;
- d)** Cópia autenticada do CPF do Segurado;
- e)** Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado;
- f)** Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela se houver, relacionado ao Segurado inválido, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente;
- g)** Cópia autenticada do boletim de ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim, se houver;
- h)** Cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo, dirigido pelo Segurado;
- i)** Cópia autenticada do Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j)** Cópia autenticada do Laudo do Exame de Corpo de Delito;
- k)** Cópia autenticada do Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etilica e/ou Toxicológica;
- l)** Radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado e com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá(ão) estar assinado(s) por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado no sinistro; e
- m)** O Estipulante deverá encaminhar à Seguradora em carta, em papel timbrado, informando, em seu título, que se trata de ocorrência de sinistro, a qual deverá conter: (i) número da apólice; (ii) número do grupo segurado; (iii) nome do Segurado inválido; (iv) data de adesão ao documento mencionado na alínea “c” acima; (v) data da ocorrência do Sinistro (dd/mm/aaaa); (vi) modalidade do sinistro.

6.2. Caso exista discussão judicial quanto a quem deva legitimamente ser paga a indenização, a Seguradora fará o pagamento de eventual capital segurado remanescente por meio de depósito judicial.

6.3. Eventuais despesas efetuadas pelo beneficiário relacionadas à comprovação do sinistro deverão ser por ele suportadas.

6.4. A Seguradora pagará a indenização no prazo de até 30 (trinta) dias contados a partir da entrega de todos os documentos relacionados no subitem 61 ou qualquer outro que vier a solicitar.

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

6.4.2. Caso a indenização não seja paga no prazo previsto, quando do seu pagamento será acrescida de juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano, computados a partir do primeiro dia útil subsequente ao término do prazo, e atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE ou, no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, outro que vier a substituí-lo, desde a data da ocorrência do risco coberto até a data do pagamento da indenização.

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

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

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

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

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

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

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

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

7. CANCELAMENTO DA COBERTURA

7.1. O pagamento da indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, desde que efetivamente comprovada, será considerada como uma antecipação da cobertura para o caso de Morte, sendo que seu pagamento extinguirá imediata e automaticamente a cobertura para o caso de Morte, assim como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

7.2. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver das Condições Especiais, do Contrato.

8. RATIFICAÇÃO

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



ANEXO – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p>1º GRAU:</p> <p>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.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>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.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>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.</p>	20



CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>1° GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.</p>	00
	<p>2° GRAU:</p> <p>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.</p>	10
	<p>3° GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20



CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1° GRAU:</p> <p>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.</p>	00
	<p>2° GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	10
	<p>3° GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20



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 HOUE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – IFPD

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. A Seguradora obriga-se a garantir o interesse legítimo do Segurado na hipótese da ocorrência da invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a Perda da Existência Independente deste, nos termos das Condições Contratuais e observado o disposto no item 05 destas condições especiais.

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

2. DEFINIÇÕES

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

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

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

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

- 2.4. Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
- 2.5. Auxílio:** ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.6. Cancelamento da Apólice ou do Certificado Individual:** ato pelo qual a apólice e/ou o certificado individual são cancelados antes do término de suas vigências.
- 2.7. Cardiopatia Grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave, volume 61, de 1993” e a “II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave, volume 87, nº 2, de agosto de 2006”, ambos publicados pela Sociedade Brasileira de Cardiopatia.
- 2.8. Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
- 2.9. Dados Antropométricos:** peso e altura do Segurado.
- 2.10. Deficiência Visual:** qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.11. Disfunção Imunológica:** incapacidade de o corpo prover uma resposta imunológica normal às doenças que o acometem, podendo a disfunção ser genética ou adquirida em virtude de doença.
- 2.12. Doenças:** para efeitos deste plano de seguro considera-se Doença como o conjunto característico de sinais e sintomas, decorrentes da falta de capacidade de função em um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste e desde que se configure como uma das patologias mencionadas no subitem 3.3.1 destas Condições Especiais.



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

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

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

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

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

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

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

2.20. Estado Mórbido: piora de uma doença.

2.21. Etiologia: causa da doença.

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

2.23. Hígido: saudável.

2.24. Perda da Existência Independente: ocorrência de quadro clínico incapacitante decorrente de doença que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, o qual deverá ser comprovado por meio dos parâmetros e documentos especificados no item 7.

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

2.26. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

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

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

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

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

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

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

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

2.34. Taxa do Seguro: é o resultado do cálculo constante da tarifa elaborada pela Seguradora que determinará o valor do prêmio, podendo ser fixada na modalidade “faixa etária” ou “taxa média”.

3. DO RISCO COBERTO

3.1. O risco coberto assegurado, em caso de invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a perda da existência independente na vigência da apólice e/ou certificado individual, é o pagamento da indenização, limitado ao capital segurado.

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

3.3. O risco coberto, observado o disposto no item 05, as disposições das condições contratuais e a vigência da apólice e/ou do certificado individual, garantem ao beneficiário o pagamento da indenização.

3.3.1. O risco coberto, comprovado segundo critérios vigentes à época do pagamento da indenização e adotado pela classe médica especializada, deverá ser proveniente exclusivamente dos seguintes quadros clínicos:

- a)** Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b)** Doenças neoplásicas malignas ativas, sem 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 e, conseqüentemente, sua consumpção, sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao se controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestadas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual **decorrente de doença proveniente de:**
 - I. Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - II. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - III. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou
 - IV. Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Estados mórbidos **decorrentes de doença que acarretem:**
 - I. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - II. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - III. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- i) Doença em estágio terminal, diagnosticada por médico assistente habilitado durante a vigência do contrato.

3.3.2. Outros quadros clínicos incapacitantes poderão ser reconhecidos como riscos cobertos desde que, quando avaliados por meio do instrumento de avaliação de invalidez

funcional – IAIF (anexo I), atinjam, no mínimo, 60 (sessenta) pontos, de um total de 80 (oitenta) pontos possíveis.

3.3.2.1. O IAIF é composto por dois documentos:

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

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

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

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

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

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

3.5. Poderá ser fixado no contrato uma carência para o pagamento da indenização, contada do início da vigência do contrato ou aumento do capital segurado, no que diz respeito à parcela do capital segurado que foi aumentada.

4. RISCOS EXCLUÍDOS



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

- a) perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as doenças profissionais;**
- c) doença agravadas por traumatismos; e**
- d) perda de dentes ou danos estéticos..**

4.2. Não se considera risco excluído a invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente de doença e que cause a perda da existência independente de Segurado durante a vigência da apólice e do certificado individual proveniente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação do serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado será determinado pelo Estipulante em moeda corrente nacional, sempre respeitados os limites mínimos e máximos de contratação, fixados pela Seguradora e acordados no contrato.

5.2. O capital segurado somente será alterado após submissão e aceitação pela Seguradora de nova proposta de contratação do Estipulante ou nova proposta de adesão do Segurado à Seguradora.

5.2.1. No caso de alteração de capital segurado solicitado diretamente pelo Segurado, será emitido novo certificado individual.



6. DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

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

- a)** Formulário de aviso de sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente, com a data do sinistro;
- b)** Relatório médico integralmente preenchido e assinado, com firma reconhecida, pelo médico do Segurado inválido;
- c)** Cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado;
- d)** Cópia autenticada do CPF do Segurado;
- e)** Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado;
- f)** Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela, se houver, relacionado ao Segurado inválido, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente;
- g)** Cópia autenticada do boletim de ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim, se houver;
- h)** Cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo, dirigido pelo Segurado;
- i)** Cópia autenticada do Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j)** Cópia autenticada do Laudo do Exame de Corpo de Delito;
- k)** Cópia autenticada do Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etfílica e/ou Toxicológica;
- l)** Radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado e com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá(ão) estar assinado(s) por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado no sinistro; e
- m)** O Estipulante deverá encaminhar à Seguradora em carta, em papel timbrado, informando, em seu título, que se trata de ocorrência de sinistro, a qual deverá conter: (i) número da apólice; (ii) número do grupo segurado; (iii) nome do Segurado inválido; (iv) data de adesão ao documento mencionado na alínea “c” acima; (v) data da ocorrência do Sinistro (dd/mm/aaaa); (vi) modalidade do sinistro; e (vii) extrato e valor da dívida.

6.2. Caso exista discussão judicial quanto a quem deva legitimamente ser paga a indenização, a Seguradora fará o pagamento de eventual capital segurado remanescente por meio de depósito judicial.

6.3. Caso exista processo judicial de inventário e/ou arrolamento relacionado ao Segurado inválido, deverá ser disponibilizada à Seguradora, quando houver capital segurado remanescente, uma cópia do processo contendo declaração de autenticidade firmada pelo Estipulante dos documentos fornecidos, sob sua responsabilidade.

6.4. Eventuais despesas efetuadas pelo beneficiário relacionadas à comprovação do sinistro deverão ser por ele suportadas.

6.5. A Seguradora pagará a indenização no prazo de até 30 (trinta) dias contados a partir da entrega de todos os documentos relacionados no subitem 14.1 ou qualquer outro que vier a solicitar.

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

6.5.2. Caso a indenização não seja paga no prazo previsto, quando do seu pagamento será acrescida de juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano, computados a partir do primeiro dia útil subsequente ao término do prazo, e atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE ou, no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, outro que vier a substituí-lo, desde a data da ocorrência do risco coberto até a data do pagamento da indenização.

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

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

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

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

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

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

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

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

7. RATIFICAÇÃO



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS – GARANTIA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA - DITD

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Garante ao Segurado o pagamento das diárias contratadas, dentro dos limites estabelecidos na apólice, no caso de afastamento por doença do Segurado ocorrido durante a vigência do seguro, desde que devidamente coberto, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária de exercer sua atividade profissional por um período superior e ininterrupto de no mínimo 15 (quinze) dias, mediante comprovação e ainda em conformidade com o determinado nas Condições Gerais e Especiais da apólice.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. É o valor máximo que será indenizado, por parcela ou pagamento único, no caso de evento coberto ocorrido com o Segurado, e que será estabelecido nas condições contratuais e informado no certificado individual do plano de seguro.

2.2. Nos casos em que o capital segurado for indenizado na forma de parcelas, o limite máximo de parcelas indenizáveis será o estabelecido nas condições contratuais e informado no certificado individual do plano de seguro.

2.3. A data do evento para efeito de determinação do capital segurado é a data da doença:

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

3. LIMITE DE DIÁRIAS

3.1. O limite para quantidade de diárias será estabelecido na apólice conforme contratação efetivada pelo Segurado, observando o máximo de 350 (trezentos e cinqüenta) diárias.

4. FRANQUIA

4.1. Estabelecida para esta cláusula a aplicação de franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas condições contratuais, na proposta de adesão e no certificado individual do plano de seguro.

4.2. O período de franquia não poderá ser superior de 15 (quinze) dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data da ocorrência do afastamento.

5. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE

5.1. O aviso de afastamento à Seguradora deverá ser realizado, pelo Segurado ou seu representante legal, apresentando o laudo médico expedido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, atestando a incapacidade temporária, bem como documentos que comprovem o recebimento do Auxílio-Doença, podendo ainda a Seguradora em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar quaisquer outros documentos a fim de obter mais esclarecimentos sobre o evento, sendo que neste caso o prazo indicado no subitem 17.5 (Liquidação de Sinistros) das Condições Gerais ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas todas as exigências.

5.2. Retornando as suas atividades laborativas, o Segurado não poderá usufruir novamente do benefício da garantia de Diárias de Incapacidade por Acidente em prazo inferior ao estipulado na apólice, contados da data do seu retorno do último afastamento.

6. PAGAMENTO DA DIÁRIA DE INCAPACIDADE POR DOENÇA

6.1. Em posse dos comprovantes descritos no item anterior, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período de afastamento em que o Segurado

esteve incapacitado de exercer sua atividade profissional, a contar do primeiro dia após o término dos dias determinados como período de franquia, em até 30 (trinta) dias.

6.2. O valor da diária será multiplicado pelo número de dias em que o Segurado permanecer afastado a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento, observadas as limitações especificadas na apólice.

6.2.1. A Diária de Incapacidade por Doença tem também como objetivo atender a uma **complementação salarial**, no caso de afastamento do trabalho conforme **definido no item 1, destas Condições.**

6.3. Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora, sendo estas despesas custeadas pela própria Seguradora.

7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

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

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

8. TÉRMINO DA COBERTURA

8.1. A garantia de Diária de Incapacidade por Doença cessará:

a) com o cancelamento da apólice;



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

- b) com o cancelamento desta cobertura especial;**
- c) com a ocorrência da morte do Segurado, ou sua invalidez permanente total e permanente; ou**
- d) espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo Segurado.**

9. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS – GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - DITA

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Garante ao Segurado o pagamento das diárias contratadas, dentro dos limites estabelecidos na apólice, no caso de afastamento por acidente do Segurado ocorrido durante a vigência do seguro, desde que devidamente coberto, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária de exercer sua atividade profissional por um período superior e ininterrupto de no mínimo 15 (quinze) dias, mediante comprovação e ainda em conformidade com o determinado nas Condições Gerais e Especiais da apólice.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. É o valor máximo que será indenizado, por parcela ou pagamento único, no caso de evento coberto ocorrido com o Segurado, e que será estabelecido nas condições contratuais e informado no certificado individual do plano de seguro.

2.2. Nos casos em que o capital segurado for indenizado na forma de parcelas, o limite máximo de parcelas indenizáveis será o estabelecido nas condições contratuais e informado no certificado individual do plano de seguro.

2.3. A data do evento para efeito de determinação do capital segurado é a data da ocorrência do acidente:

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

3. LIMITE DE DIÁRIAS

3.1. O limite para quantidade de diárias será estabelecido na apólice conforme contratação efetivada pelo Segurado, observando o máximo de 350 (trezentos e cinqüenta) diárias.

4. FRANQUIA

4.1. Estabelecida para esta cláusula a aplicação de franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas condições contratuais, na proposta de adesão e no certificado individual do plano de seguro.

4.2. O período de franquia não poderá ser superior de 15 (quinze) dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data da ocorrência do afastamento.

5. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE

5.1. O aviso de afastamento à Seguradora deverá ser realizado, pelo Segurado ou seu representante legal, apresentando o laudo médico expedido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, atestando a incapacidade temporária, bem como documentos que comprovem o recebimento do Auxílio-Acidente, podendo ainda a Seguradora em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar quaisquer outros documentos a fim de obter mais esclarecimentos sobre o evento, sendo que neste caso o prazo indicado no subitem 17.5 (Liquidação de Sinistros) ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas todas as exigências.

5.2. Retornando as suas atividades laborativas, o Segurado não poderá usufruir novamente do benefício da garantia de Diárias de Incapacidade por Acidente em prazo inferior ao estipulado na apólice, contados da data do seu retorno do último afastamento.

6. PAGAMENTO DA DIÁRIA DE INCAPACIDADE POR ACIDENTE

6.1. Em posse dos comprovantes descritos no item anterior, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período de afastamento em que o Segurado

esteve incapacitado de exercer sua atividade profissional, a contar do primeiro dia após o término dos dias determinados como período de franquia, em até 30 (trinta) dias.

6.2. O valor da diária será multiplicado pelo número de dias em que o Segurado permanecer afastado a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento, observadas as limitações especificadas na apólice.

6.2.1. A Diária de Incapacidade por Acidente tem também como objetivo atender a uma **complementação salarial**, no caso de afastamento do trabalho conforme **definido no item 1, destas Condições**.

6.3. Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora, sendo estas despesas custeadas pela própria Seguradora.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Após cada utilização do capital segurado relativo a esta cobertura haverá reintegração automática, **salvo nos casos de pagamento de diárias decorrente direta ou indiretamente do mesmo acidente**.

8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

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



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

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

9. TÉRMINO DA COBERTURA

9.1. A garantia de Diária de Incapacidade por Acidente cessará:

- a) com o cancelamento da apólice;**
- b) com o cancelamento desta cobertura especial;**
- c) com a ocorrência da morte do Segurado, ou sua invalidez permanente total e permanente; ou**
- d) espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo Segurado.**

10. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS – GARANTIA ADICIONAL DE PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO – PIE

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Desde que contratada, garante o pagamento, parcial ou total, do capital segurado contratado para esta cobertura para o Segurado, **com vínculo empregatício (regime CLT)**, quando, **após o período de carência**, ocorrer a perda de emprego por vontade exclusiva de seu empregador, **depois de transcorrido período de franquia, o Segurado permanecer desempregado e observadas as seguintes condições.**

1.1.1. O segurado deverá ter no emprego uma permanência mínima de 12 (doze) meses, sem interrupção;

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

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

1.1.4. Não se enquadram nesta cobertura os contratos de trabalho celebrados por estagiários, temporários, provisórios, admitidos por prazo determinado.

1.1.5. Não se enquadram nesta cobertura os contratos de trabalho celebrados por aposentados e pensionistas.

1.1.6. A forma de elegibilidade prevista no subitem 1.1.2 é válida apenas para a reclamação do primeiro sinistro do Segurado, para as demais reclamações será considerada somente a condição prevista no subitem 1.1.1.



2. RISCOS EXCLUÍDOS

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

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

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. É o valor máximo que será indenizado, por parcela ou pagamento único, no caso de evento coberto ocorrido com o Segurado.

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

4. CARÊNCIA

4.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de carência, a mesma será definida em período de dias e constará nas condições contratuais, na proposta de adesão e no certificado individual do plano de seguro.

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

5. FRANQUIA

5.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas condições contratuais, na proposta de adesão e no certificado individual do plano de seguro.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

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

- a.** cópia autenticada das seguintes páginas da carteira profissional:
- identificação do segurado;
 - qualificação civil;
 - contrato de trabalho;
 - rescisão do contrato.
- b.** cópia autenticada do formulário de seguro desemprego.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Após cada utilização do capital segurado relativo a esta cobertura, haverá a reintegração automática.

8. TÉRMINO DA COBERTURA

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

9. RATIFICAÇÃO

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



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICOS

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Garantir ao Segurado até o limite do Capital Segurado, o pagamento ou reembolso das despesas médicas e dentárias, bem como das diárias hospitalares decorrentes de acidente coberto, incorridas a critério médico, que o Segurado efetuar para seu restabelecimento, desde que iniciado nos primeiros 30 (trinta) dias contados da data do acidente.

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

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

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

2. RISCOS EXCLUIDOS

2.1. Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

a) estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como quaisquer despesas de acompanhantes;



- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente coberto;**
- c) não estão abrangidas as despesas decorrentes com os eventos não cobertos, relacionados nas Condições Gerais deste seguro.**

3. LIVRE ESCOLHA

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

3.2. Desde que preservada a livre escolha pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológico para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

4. CARÊNCIA

4.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de carência, a mesma será definida em período de dias e constará nas condições contratuais, na proposta de adesão e no certificado individual do plano de seguro.

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

5. FRANQUIA

5.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de franquia, a mesma será definida em valor (R\$) e constará nas condições contratuais, na proposta de adesão e no certificado individual do plano de seguro.

6. COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

6.1. O Segurado deverá comprovar as despesas de assistência médico-hospitalares, mediante a apresentação dos recibos originais, acompanhados do Aviso de Sinistro, de receita médica, exames radiológicos, ultrasonográficos, tomográficos e de comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado do médico assistente e contas hospitalares.

6.2. Devem ser anexados também, cópia autenticada dos seguintes documentos:

- a) Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;
- c) RG, CPF, e Certidão de Nascimento ou Casamento;
- d) Comprovante de residência;

6.3. O reembolso das Despesas Médico, Hospitalar e Odontológicas (DMHO) poderá ser feito a terceiros, quando as despesas forem devidamente comprovadas e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo menor.

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

7. OUTROS SEGUROS

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

8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

8.1. As indenizações por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra garantia do presente Seguro, isto é, se em consequência



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

do acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da garantia de DMHO, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez, a indenização paga por DMHO.

9. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA ADICIONAL DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE PESSOAL OU DOENÇA

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Garantir o pagamento de um valor diário fixo, pagável por cada dia de hospitalização do Segurado em uma Instituição Hospitalar coberta, desde que a hospitalização seja decorrente de acidente pessoal ou doença coberto pelo plano de seguro, do qual esta Condição Especial é parte integrante, observadas as demais condições estabelecidas nesta Condição Especial.

1.2. O valor de cada diária será estabelecido no respectivo Certificado Individual.

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

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

1.5. Considera-se-à como reinternação, a internação que se iniciar no período de vigência deste Seguro, dentro dos 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias subseqüentes ao fim de uma internação já sofrida, e que resulte de causas que sejam iguais ou relacionadas com a mesma, e para a qual já se tenha pago benefício concedido por esta garantia.

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

2. RISCOS EXCLUIDOS



2.1. Para fins de aplicação desta Condição Especial estão excluídos os seguintes eventos, além dos já relacionados no item específico de Riscos Excluídos das Condições Gerais do Seguro, do qual esta Condição Especial é parte integrante, e observada ainda a definição de acidentes pessoais cobertos da mesma:

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

2.2. Exclusões por Condições Médicas Preexistentes:

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

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

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

2.3. Exclusões por Instituição não Coberta:



2.3.1. Estão excluídas da cobertura desta garantia as internações em instituições do tipo abaixo relacionadas:

- a) Instituição para atendimento de deficientes mentais, ou seja, uma instituição primordialmente dedicada ao tratamento de enfermidades psiquiátricas, incluindo subnormalidades; ou ainda o departamento psiquiátrico de um hospital;**
- b) Local para idosos, casas de descanso, asilos e assemelhados;**
- c) Clínicas ou local para recuperação de viciados em álcool e drogas; e**
- d) Instituições de saúde hidroterápica ou clínicas de métodos curativos naturais; casa de saúde para convalescentes; unidade especial de hospital usada primordialmente como um lugar para viciados em drogas ou álcool, ou como uma instituição de saúde para convalescentes ou para reabilitados; clínicas de emagrecimento ou SPA.**

3. VALOR DAS DIÁRIAS

3.1. O valor de cada diária será estabelecido nas Condições Contratuais da Apólice com base na Carta Oferta e na Proposta de Seguro, respeitados os limites indicados no **item 6.2.** destas condições.

4. OCORRÊNCIA E PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro coberto por este plano de seguro, deverá o Segurado, o beneficiário(a) ou seu representante legal informar imediatamente o sinistro e comprovar satisfatoriamente sua ocorrência do sinistro.

4.2. Para o processo de indenização será necessário comunicar o nome completo, cópia simples do RG e CPF do Segurado, data de nascimento, data, hora, local e causa do sinistro, período de internação (quando for o caso), DDD e telefone para contato, além dos seguintes documentos:

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



- b)** Documento que comprove a hospitalização do Segurado (declaração do hospital), desde que este seja um documento comprobatório para fins legais, contendo nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas, identificação do médico assistente;
- c)** Prontuário médico hospitalar completo, fornecido pela instituição hospitalar;
- d)** Original ou cópia simples de exames realizados que comprovem necessidade da internação hospitalar;
- e)** Cópia simples do boletim de ocorrência policial (BO), quando aplicável;
- f)** Cópia simples da carteira nacional de habilitação (CNH), quando o Segurado for condutor do veículo;
- g)** No caso de internação hospitalar por período superior a 15 (quinze) dias, anexar relatório médico justificativo e com o período estimado de permanência, a cada 15 (quinze) dias de internação.

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

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

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

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

5. PAGAMENTO DAS DIÁRIAS

5.1. A Seguradora pagará ao Segurado as diárias a que tiver direito, contadas do 16º(décimo sexto) dia do acidente ou doença, caracterizando a incapacidade, até o dia da

sua volta à atividade laborativa, respeitando os limites estabelecidos no **item 6.2.** destas condições especiais.

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

6. LIMITES

6.1. Pelo mesmo acidente ou doença, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada e, estabelecida nas Condições Contratuais da Apólice.

6.2. O valor de cada diária de incapacidade temporária não poderá ser superior a 1/360(um trezentos e sessenta avos) do maior capital estabelecido para uma(s) Garantia(s) Básica(s) contratada(s), conforme estabelecido nas Condições Contratuais deste seguro.

7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

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

8. RATIFICAÇÃO

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



CONDIÇÕES ESPECIAIS - GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS ODONTOLÓGICAS

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado, visando indenizar as despesas odontológicas, necessárias para o restabelecimento do Segurado, incorridas a um dentista legalmente habilitado e sob sua orientação, em decorrência de um acidente pessoal coberto.

1.2. O tratamento odontológico deverá obrigatoriamente ser iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados a partir da data do acidente pessoal.

2. LIVRE ESCOLHA

2.1. É facultado ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviço odontológicos, desde que legalmente habilitados.

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

3. FRANQUIA / CARÊNCIA

3.1. Sendo estabelecida para esta Garantia a aplicação de franquias ou carências, os critérios serão estabelecidos nas Condições Contratuais.

4. COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

4.1. O Segurado deverá comprovar as despesas odontológicas, mediante a apresentação dos recibos originais, acompanhados do Aviso de Sinistro e de

comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado do médico assistente e contas hospitalares.

4.2. Devem ser anexados também, cópia autenticada dos seguintes documentos:

- a)** Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;
- b)** RG, CPF, e Certidão de Nascimento ou Casamento;
- c)** Comprovante de residência;

4.3. O reembolso das Despesas Odontológicas poderá ser feito a terceiros, quando as despesas forem devidamente comprovadas e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo menor.

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

5. OUTROS SEGUROS

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

6. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

6.1. As indenizações por Despesas Odontológicas são cumulativas com qualquer outra garantia do presente Seguro, isto é, se em consequência do acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da garantia contratada, a Seguradora

não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez, a indenização paga por despesas odontológicas.

7. RATIFICAÇÃO

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



CONDIÇÃO ESPECIAL GARANTIA ADICIONAL PARA AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO DA CONDIÇÃO ESPECIAL DE AUXÍLIO FUNERAL

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado para essa garantia, conforme especificado nas condições contratuais, a título de auxílio no custeio das despesas havidas com funeral, durante a vigência e devidamente coberto pelo plano de seguro, exceto se decorrente de risco excluído.

1.2. O capital segurado corresponderá ao percentual da cobertura de morte, determinada na proposta de contratação, não podendo ser superior à 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo Segurado principal.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA GARANTIA ADICIONAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

1. OBJETIVO DA CONDIÇÃO ESPECIAL DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO

1.1. Garante a entrega de cesta(s) básica(s), conforme especificado nas condições contratuais, a título de auxílio alimentação à família do Segurado ou à pessoa por ele indicada, no período que se segue ao seu falecimento ou o reembolso das despesas havidas com alimentação até o limite do capital segurado contratado para essa garantia.

1.2. A entrega da(s) cesta(s) básica(s) poderá ser realizada por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Seguradora, na hipótese do beneficiário optar pela prestação de serviço.

1.3. O capital segurado corresponderá ao percentual da cobertura de morte, determinada na proposta de contratação, não podendo ser superior à 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo Segurado principal.

1.4. Seu pagamento, por si só, não implica ao reconhecimento da obrigação de pagar nenhuma outra garantia do seguro contratado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS – GARANTIA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES

1. GARANTIA

1.1. A presente Cláusula Adicional tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma indenização referente a antecipação da garantia Básica, caso este venha contrair Doença Grave, diagnosticada pela primeira vez após o início de vigência da apólice, quando do falecimento do segurado a indenização por morte será deduzida da indenização já paga pela cobertura de Doenças Graves.

1.2. A presente Cláusula não poderá ser contratada em conjunto com a Cláusula Adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

2. CONCEITO

2.1. Para fins desta cláusula, “doença grave” é aquela devidamente especificada e caracterizada como risco coberto por esta Cláusula.

3. RISCOS COBERTOS E RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Doenças Graves Cobertas

I. Insuficiência da(s) Artéria(s) Coronarianas (Bypass):

Realização de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, para a correção de duas ou mais artérias coronárias, que estão estenosadas ou ocluídas, com o implante de ponte (Bypass) arterial ou venosa na(s) artéria(s) coronária(s).

A indicação da cirurgia deve estar respaldada por exame de coronariografia e a realização da cirurgia deve ser confirmada por um médico especialista.

Esta cobertura exclui angioplastias, outros procedimentos intra-arteriais e cirurgia por toracotomia mínima.

II. Câncer:

Doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos.

O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. O termo câncer também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a enfermidade de Hodgkin.

As exclusões são: qualquer grau / estado de neoplasia intra-epitelial cervical (NIC); qualquer tumor / lesão pré-maligna; todos os cânceres não invasivos (in situ); o câncer de próstata no estado I (Ia, Ib, Ic); carcinoma basocelular e carcinoma de células escamosas; melanoma maligno estado IA (T1 a, NO, MO) e qualquer tumor maligno na presença de qualquer vírus de imunodeficiência humana.

III. Acidente Vascular Cerebral - AVC (Derrame):

Qualquer acidente vascular cerebral com seqüelas neurológicas de duração maior do que 24 horas, incluindo-se o infarto do tecido cerebral, hemorragia e embolização originada de uma fonte extra-craniana. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico especialista e evidenciado por sintomas clínicos típicos e por resultados de tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética do cérebro. Deve-se documentar evidências de déficit neurológico que persista no mínimo por 3 meses a partir do diagnóstico.

Estão excluídos: Acidentes vasculares cerebrais isquêmicos transitórios e síndromes correlatas (p.ex.: isquemia cerebral transitória - ICT); dano traumático do cérebro; infartos lacunares sem déficit neurológico; sintomas neurológicos provocados por enxaquecas.

IV. Insuficiência Renal Crônica Terminal:

Etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal. O diagnóstico deve ser indicado por um médico especialista.

V. Transplante de um Órgão Vital:

Transplante de órgãos em que o segurado participa como receptor de alguns dos seguintes órgãos: coração, pulmão, fígado, pâncreas, rim, intestino delgado ou medula óssea. A realização do transplante deverá ser confirmado por um médico especialista.

VI. Cegueira ou Perda da Visão:

Perda total, permanente e irreversível da visão de ambos os olhos devido a uma doença ou acidente. O diagnóstico deve ser comprovado por um oftalmologista.

3.2. Além dos riscos específicos para cada doença coberta, estão excluídas da cobertura as seguintes, sendo que nenhum pagamento será efetuado neste seguro se a doença grave em questão for causada direta ou indiretamente por:

- **tentativa de suicídio ou auto-lesão intencional por parte do Segurado, nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial ou de sua recondução após suspenso,**
- **doenças relacionadas a infecção de HIV,**
- **Doenças graves pré-existentes, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.**

4. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

4.1. Para a Cobertura de Doenças Graves, estão cobertos os eventos exclusivamente ocorridos no Brasil.

5. CAPITAL SEGURADO

5.1. O valor do Capital Segurado para a Cobertura Doenças Graves será o estabelecido na Proposta de Adesão, como antecipação da Garantia Básica, limitado a 50% (cinquenta por cento) da Garantia Básica.

5.1.1. Para fins de liquidação de sinistro, o Capital Segurado será determinado considerando-se a data do evento, devidamente diagnosticado.

6. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da Apólice, simultaneamente com o início da garantia básica, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar as condições iniciais da Apólice e termina:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
- c) com o pagamento da indenização garantida pela presente Cláusula;
- d) quando o Segurado completar 65 (sessenta e cinco) anos.

6.1.1. Idade mínima de 14 (quatorze) anos e no máximo de 60 (sessenta) anos para ingresso na Cobertura **Adicional de Doenças Graves**.

7. CANCELAMENTO DA PRESENTE CLÁUSULA

7.1 Esta Cláusula poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 17. das Condições Gerais.

7.1.1. Os Segurados deverão ser informados previamente, com a obtenção da anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

8. PERÍCIA DA SEGURADORA

8.1. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exames clínicos e laboratoriais para comprovação de doença grave, de suas causas ou naturezas, em caso de dúvida fundada e justificável.

8.1.1. Caso haja recusa do Segurado em comparecer a exame clínico ou ambulatorial e quando designada para esclarecer quaisquer situações relacionadas ao Seguro, a

Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização, perdendo o Segurado o valor correspondente aos prêmios pagos.

9. JUNTA MÉDICA

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

9.1.1. A junta médica de que trata o “caput” deste artigo será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

9.1.1.1. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.

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

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1. Ratificam-se todas as disposições contidas nas Condições Gerais da apólice não modificadas pela presente Cláusula Adicional.



CONDIÇÕES ESPECIAIS – GARANTIA ADICIONAL DOENÇA CONGÊNITA

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao segurado principal, em caso da ocorrência de invalidez decorrente de doença congênita do filho(a), desde que contratada, diagnosticada até o 6º mês de vida do recém nascido, durante a vigência e devidamente coberto pelo plano de seguro, exceto se decorrente de risco excluído.

1.2. Entende-se por Doenças Congênitas aquelas que nascem com o indivíduo e que necessite acompanhamento médico e tratamento especializado, diagnosticadas até o 6º mês de vida do recém nascido, resultante de má formação do organismo, seja qual for sua causa.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões expressas no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do plano de seguro, serão considerados riscos excluídos da cobertura adicional de doenças congênitas:

- a)** Eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período de gestação, ou não reconhecidos efetivamente pelos órgãos de saúde;
- b)** Defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;
- c)** Decorrentes pelo mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Invalidez Permanente Parcial ou Total por Doença Congênita de Filho: para efeitos desta cobertura, entende-se aquela pela qual não se pode esperar recuperação ou

reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis, para o filho exercer futuramente qualquer tipo de atividade remunerada que garanta sua subsistência.

3.2. Doença Congênita: para fins desta cobertura, entende-se aquela que apresenta defeito de caráter anatômico e fisiológico.

4. GRUPO SEGURADO

4.1. Filhos legítimos e recém nascidos de segurado que apresentarem doença congênita, devidamente comprovada por profissional regularmente habilitado. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto em que se constate a doença em mais de um filho, a indenização não será cumulativa.

5. CONDIÇÃO DE COBERTURA

5.1. O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta garantia, só será efetuado desde que a data de nascimento do filho ocorra no período de vigência desta cobertura.

6. CAPITAL SEGURADO

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

6.2. O Capital Segurado para cada cobertura está limitado a 100% do Capital Segurado da mesma Cobertura Principal.

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO



7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18. (Liquidação de Sinistros) das Condições Gerais, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada Cobertura:

- a)** relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- b)** exame anatomopatológico que indiquem a doença congênita;
- c)** cópia autenticada da certidão de nascimento do filho;
- d)** cópia atualizada e autenticada da certidão de casamento com a gestante, caso a mesma não seja a segurada principal;
- e)** guia da internação hospitalar (quando houver);

7.2. Caso seja devida, a indenização será paga de uma única vez.

7.3. Não será devido o pagamento da indenização em caso de natimortos.

8. RATIFICAÇÃO

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



CONDIÇÃO ESPECIAL PARA RESCISÃO CONTRATUAL

1. OBJETIVO DA CONDIÇÃO ESPECIAL DE RESCISÃO CONTRATUAL

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao Estipulante do plano de seguro, em caso da ocorrência de morte do segurado, a título de reembolso das despesas referente ao acerto rescisório trabalhista devidamente comprovado, durante a vigência e devidamente coberto pelo plano de seguro, exceto se decorrente de risco excluído.

1.2. O capital segurado corresponderá ao percentual da cobertura de morte, determinada na proposta de contratação, não podendo ser superior à 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo Segurado principal.

2. RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA SUPLEMENTAR PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DA CONDIÇÃO ESPECIAL DE DEPENDENTE CÔNJUGE

1.1. Garante a indenização ao Segurado Principal, por evento coberto, o pagamento de uma indenização equivalente a até 100% da Cobertura (Morte) do Segurado Principal. Poderão ser garantidas as Cláusulas Adicionais de Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente, observadas as demais cláusulas das Condições Especiais e das Condições Gerais da Apólice.

2. DEFINIÇÃO DE CÔNJUGE

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

2.2. Para fins desta Condição Especial, a(o) companheira(o) será equiparada(o) a(o) esposa(o), nos casos previstos no Código Civil Brasileiro.

3. COBERTURAS

3.1. É admitida para este seguro a contratação das coberturas previstas por este seguro para cônjuge na forma de contratação facultativa, respeitando o disposto nas Condições Gerais e Condições Especiais de cada Cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice e aqueles definidos nas Condições Especiais de cada Cobertura contratada.**

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1. Poderá fazer parte deste seguro o Cônjuge que tiver sua inclusão solicitada pelo Proponente/Segurado Principal, mediante Proposta de Contratação devidamente preenchida e assinada pelo Cônjuge, desde que atendam as condições estabelecidas no item 2. e respeitadas todos os itens das Condições Gerais e Especiais da Apólice.

5.2. As respostas às questões da “Declaração Passosal de Saúde e Atividade” com utilização das expressões “sim” ou “não” por extenso, deverão ser respondidas pelo próprio cônjuge.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta Condição Especial o Capital Segurado é a Importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento, conforme definido nas Condições Especiais de cada Cobertura.

6.2. O Capital Segurado para cada cobertura está limitado a 100% do Capital Segurado da mesma Cobertura Principal.

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no **item 27. (Ocorrência de Sinistro)** das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no **item 28. (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro)** das Condições Gerais, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada Cobertura.

8. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

8.1. Esta Condição Especial cessará automaticamente quando ocorrer:

a) Pedido de cancelamento por escrito do Segurado;



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

- b) Automaticamente com a morte do cônjuge dependente segurado por estas Condições Especiais;**
- c) Morte do Segurado Principal, ou com o pagamento da Cobertura de Morte com Pagamento Antecipado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;**
- d) Separação de fato, judicial ou divórcio do casal;**
- e) Perda pelo dependente da referida condição pela legislação do imposto de renda e/ou previdência social, fato este que o Segurado deve comunicar de imediato à Seguradora.**

9. RATIFICAÇÃO

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



CLÁUSULA SUPLEMENTAR PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S) FILHO(S)

1. OBJETIVO DA CONDIÇÃO ESPECIAL DE DEPENDENTE(S) FILHO(S)

1.1. Garante Segurado Principal o pagamento do Capital Segurado, em caso de contratação de Cobertura Morte e da Cobertura Morte Acidental para seu(s) filho(s), observadas as demais cláusulas das Condições Especiais e das Condições Gerais da Apólice.

2. DEFINIÇÃO DE FILHOS

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

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

2.3. Para menores de 14 anos é permitido exclusivamente o pagamento do reembolso de despesas com funeral.

3. COBERTURAS

3.1. Ao(s) Filho(s) somente poderá ser concedida a Cobertura de Morte, Morte Acidental, desde que a mesma tenham sido contratada pelo Segurado Principal, respeitando o disposto nas Condições Gerais e Condições Especiais de cada Cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice e aqueles definidos nas Condições Especiais de cada Cobertura contratada.

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1. Poderá fazer parte deste seguro todos os Filhos que tiverem suas inclusões solicitadas, mediante Proposta de Contratação devidamente preenchida e assinada pelo Segurado, desde que, atendam as condições estabelecidas no **item 2.** e ainda respeitadas todas as condições estabelecidas nas Condições Gerais da Apólice.

6. CAPITAL SEGURADO

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

6.2. **O Capital Segurado para cada cobertura está limitado a 100% do Capital Segurado da mesma Cobertura Principal.**

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no **item 27. (Ocorrência de Sinistro)** das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no **item 28. (Relação de Documentos para liquidação de Sinistro)** das Condições Gerais, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada Cobertura.

8. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

8.1. **Esta Condição Especial cessará automaticamente quando ocorrer:**

- a) **Pedido de cancelamento por escrito do Segurado;**
- b) **Automaticamente, com a morte do filho dependente segurado por estas Condições Especiais;**



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

- c) **Morte do Segurado Principal, ou com o pagamento da Cobertura de Morte com Pagamento Antecipado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;**
- d) **Perda pelo dependente da referida condição pela legislação do imposto de renda e/ou previdência social, fato este que o Segurado deve comunicar de imediato.**

9. RATIFICAÇÃO

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