Prudential

Apólice n°: 1099300018089/1
N° Processo Susep: 15414.901611/2017-39

Apólice de Seguro de vida em grupo

VG EXPRESS

Grupo/Ramo: 09/93	**Contrato n°** 378312	**Apólice n°** 1099300018089/1

Proposta N°	Início da vigência	Fim da vigência	Data de emissão
1090313	**24hs do dia 28/02/2022**	**24hs do dia 28/02/2023**	**03/03/2022**
Apólice anterior renovada	Pró-labore	Excedente técnico	Cosseguro
	0%	**NÃO**	**NÃO**

Dados do estipulante

Nome/razão social:
TECNOGERA - LOCACAO E TRANSFORMACAO DE ENERGIA SA

CNPJ:	**Telefone:**
08.100.057/0001-74	**1150215217**

Endereço completo:
Avenida Robert Kennedy, 615, 625 - BLOCO 1

Bairro:	**Cidade:**
Independência	**São Bernardo do Campo**
CEP:	**UF:**
09862-172	**SP**

Código e descrição da atividade econômica principal
77.39-0 - Aluguel de outras máquinas e equipamentos comerciais e industriais não especificados anteriormente, sem operador

Dados do Corretor

Nome/razão social:	**CNPJ:**	**Código Susep:**
THB CONSULTORIA, GERENCIA DE RISCOS E CORRETAGEM DE SEGU	**10.960.932/0001-30**	**202017823**

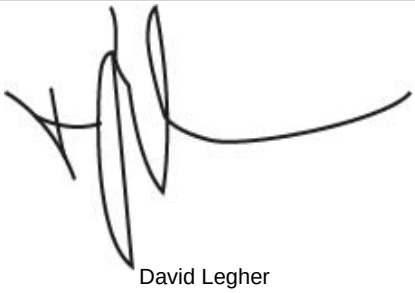
Pagamento de prêmio

Forma de pagamento	Periodicidade	N° de parcelas	Vencimento todo dia
Ficha de Compensação - Itaú Com IOF - 148	**Mensal**	**0**	**10**

Observações

1. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. As coberturas e os capitais segurados estão descritos nas condições contratuais do seguro.
2. A seguradora, tendo em vista as declarações constantes da proposta que lhe foi apresentada pelo estipulante, obriga-se a indenizar, nos termos e sob as condições gerais, especiais e/ou particulares convencionadas, as consequências dos eventos discriminados nas condições contratuais.
3. Para outras informações sobre o produto vinculado a esta apólice, acesse http://www.susep.gov.br/menu/consultade-produtos-1 e informe o número do processo Susep*. Em caso de dúvidas relacionadas a normas e regulação, entre em contato com o atendimento Susep, pelo telefone gratuito 0800 021 8484.
4. As condições gerais deste produto protocolizadas pela seguradora junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante do certificado/apólice/proposta.
5. O registro deste plano na Susep não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
6. O segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na Susep, nome completo, CNPJ ou CPF.

*Susep - Superintendência de Seguros Privados: autarquia federal responsável pela fiscalização, normatização e pelo controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.



David Legher
Presidente & CEO



Patrícia Freitas
Vice-Presidente de Vida em Grupo

Central de Atendimento

0800 730 0011

Segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, exceto feriados.
(Assistência Funeral - 24h)

(+55 11) 4133 6910

Atendimento no exterior
(Assistência Funeral - 24h)

SAC

Serviço de Atendimento ao Cliente

0800 730 0012

Atendimento 24 horas

0800 730 0013

Em caso de deficiência auditiva ou de fala Atendimento 24 horas

Ouvidoria Prudential

Vida em Grupo

0800 200 1020

(Segunda a sexta-feira, das 8h30 às 17h30 exceto feriados.)

Condições contratuais

VG EXPRESS

Proposta n°	Grupo/Ramo:	Início da vigência	Fim da vigência
1090313	**09/93**	**24hs do dia 28/02/2022**	**24hs do dia 28/02/2023**

Condições do Seguro - ESCALONADO

Grupo segurável

O grupo segurável será constituído por **Diretores, Estagiários, Funcionários, Sócios,** desde que comprovado o vínculo com o estipulante e que preencham os requisitos de elegibilidade.

Não há afastados no grupo

Tipo de Adesão

Compulsória: 100% do grupo segurado.
A inclusão dos componentes no grupo segurável é feita de forma automática e todos os funcionários farão parte do grupo.

Dependentes

Cônjuges e/ou Filhos serão incluídos de forma Automática

Tipo de capital segurado

Escalonado cargo

Cada segurado terá o valor de capital, conforme a tabela de escalonamento a seguir.

O escalonamento será realizado por Funções

Escalonamento	Capital Segurado
FUNCIONÁRIOS até	R$ 57.031,13
COORDENADORES até	R$ 79.846,20
GERENTES até GERENTES	R$ 114.065,99
DIRETORES até DIRETORES	R$ 570.329,97

Limite de Idade

Na implantação, será de 59 anos. Para novas inclusões durante a vigência, o limite de idade será de 70 anos. Acima desse limite, as novas inclusões poderão ser analisadas mediante a apresentação da DPS – Declaração Pessoal de Saúde – e novos cálculos serão embasados, podendo haver acréscimo de prêmio e alterações de condições.

Tipo de custeio

O seguro não é contributário, isto é, os prêmios serão pagos integralmente pelo estipulante.

Cobertura(s)	Percentual	Capitais/Limites	Taxas
Morte	100.00	R$ 570.329,97	0.047177
Morte Acidental	100.00	R$ 570.329,97	0.022131
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ATÉ	110.00	R$ 627.362,97	0.012656
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença	100.00	R$ 570.329,97	0.017330
Morte Conjuge	50.00	R$ 285.164,99	0.028908
Morte Filhos	10.00	R$ 15.000,00	0.000010
Auxílio Cesta Basica	100.00	R$ 2.000,00	0.000010

Observação

A **taxa média mensal** é a soma do resultado da ponderação das taxas por garantia e seus percentuais. Sua correta aplicação, exceto a garantia de Diária por Incapacidade Temporária, quando contratada, totalizará a taxa média acordada de **0.115025** (por mil).
A referida taxa contempla o IOF de **0.38%**.

Condições contratuais

VG EXPRESS

Proposta nº	Grupo/Ramo:	Início da vigência	Fim da vigência
1090313	09/93	24hs do dia 28/02/2022	24hs do dia 28/02/2023

Assistências

Descrição da(s) assistência(s)	Valor /quantidade
Assistência Funeral Familiar	R$ 5.000,00

Grupo segurável

O grupo segurável será constituído por **Diretores, Estagiários, Funcionários, Sócios,** desde que comprovado o vínculo com o estipulante e que preencham os requisitos de elegibilidade.
Os aposentados por tempo de serviço, que continuem em plena atividade profissional a serviço do estipulante, são considerados segurados ativos, portanto possuem cobertura securitária.

Âmbito Territorial das Coberturas

O Âmbito Territorial das Coberturas estará descrito nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

Vigência e Renovação

A presente apólice terá início de vigência a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia **28/02/2022** e fim de vigência nas 24 (vinte e quatro) horas do dia **28/02/2023**, podendo ser renovada automaticamente uma única vez caso não haja expressa desistência do estipulante ou da seguradora até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência. A seguradora tem o direito de não renovar a apólice na data de vencimento, conforme estabelecido nas condições gerais do seguro.

Atualização monetária do prêmio e do capital segurado

Os capitais segurados e prêmio serão atualizados anualmente na renovação, salvo se houver manifestação contrária do Estipulante, pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE, ou outro índice que vier a substituí-lo.

O índice IPCA será o acumulado nos 12 (doze) meses, considerando os últimos três meses que antecedem ao aniversário do seguro, exceto quando se tratar de capital segurado Múltiplo Salarial, que será reajustado na mesma proporção e época dos reajustes salariais ou sempre que houver variação concedido pelo Estipulante, respeitado o capital máximo da apólice, que somente poderá ser reajustado mediante solicitação prévia do Estipulante e devida concordância da Seguradora.

Caso a apólice prevê a aceitação de afastados, o reajuste será apenas com base no dissídio coletivo da categoria.

Condições de aceitação e manutenção no grupo segurado

Todo componente constante no grupo segurável deverá preencher a proposta de adesão com a indicação de beneficiários.

Para novas inclusões no seguro, todo componente do grupo segurável deverá preencher e assinar a proposta de adesão contendo a declaração pessoal de saúde.

O estipulante deverá manter as propostas de adesão em arquivo e disponibilizá-las à seguradora sempre que solicitado e em caso de sinistro.

As propostas de adesão devidamente preenchidas que não tiverem nenhum apontamento na declaração pessoal de saúde e atividade ficarão no dossiê do funcionário e serão utilizadas para designação de beneficiários em caso de eventual sinistro.

A seguradora terá 15 (quinze) dias para se manifestar quanto à aceitação do proponente na apólice. Caso a seguradora não se manifeste neste prazo, será considerado como aceito o risco individual do proponente.

O simples recebimento da proposta de adesão e/ou da primeira parcela do prêmio não implica contratação/aceitação do seguro e, caso a proposta de adesão não seja aceita, durante o período em que a seguradora analisar o risco, vigorará a cobertura provisória com o devido pagamento do prêmio proporcional.

Os aposentados por idade ou tempo de serviço que continuem em plena atividade profissional a serviço do estipulante são considerados segurados ativos; portanto, possuem cobertura securitária.

Se, em algum momento, for constatada a presença de segurados em desacordo com as condições contratadas, por exemplo: demitidos, afastados, aposentados, ou indenizados por invalidez funcional permanente por doença (IFPD), quando não prevista expressamente a manutenção na apólice, a seguradora providenciará a exclusão imediata do segurado e a devolução dos prêmiospagos, com a devida atualização monetária, a partir da data do recebimento indevido do prêmio, e estará isenta do pagamento de quaisquer indenizações (inclusive sinistro).

Subestipulante

Toda e qualquer informação a respeito do(s) subestipulante(s) será de responsabilidade do estipulante.
Os subestipulantes, se houver, estarão relacionados no item Anexos.

Franquias e carências

Eventos decorrentes de acidente pessoal: não há carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação ou de adesão ao seguro.
Outras carências e franquias, se houver, estão previstas nos Módulos.

Faturamento

O estipulante deverá encaminhar à seguradora, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao do risco, em arquivos eletrônicos mensais, em layout específico da seguradora, os seguintes dados do grupo segurado:

- Matrícula
- Nome completo
- Data de nascimento
- Sexo
- CPF
- Data de admissão
- Data de inclusão no seguro
- Salário total e/ou capital segurado
- Prêmio do seguro

O não cumprimento da obrigatoriedade do envio das informações para o 1º (primeiro) faturamento em até 90 (noventa) dias do início de vigência implicará o cancelamento da apólice, isentando, assim, a seguradora da responsabilidade de efetuar qualquer indenização.

Todos os segurados, novas inclusões e exclusões deverão constar do arquivo enviado mensalmente, inclusive os aposentados e afastados devidamente cobertos, com os capitais e prêmios atualizados de acordo com o início de cobertura. Esse arquivo caracterizará a cobertura e a posição mensal do seguro de cada segurado para efeito de indenização em caso de eventual sinistro ocorrido no mês da cobertura a que se referir o respectivo arquivo mensal, bem como para efeito de cobrança de prêmios.

Decorrido o referido prazo, sem que o estipulante tenha encaminhado o arquivo, a fatura mensal será emitida com base no último arquivo recebido pela seguradora, ou seja, sem alterações.

O não envio do arquivo ou qualquer incorreção é de única e exclusiva responsabilidade do estipulante.

Índices de adesão e manutenção da apólice

Nos seguros compulsórios, o índice mínimo para adesão e manutenção da apólice será de 100% (cem por cento) do grupo segurável. **Caso se verifique quantidade inferior a essa, a apólice poderá ser cancelada, a critério da seguradora, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias.**

Prêmio do seguro

O prêmio do seguro é calculado com base nas taxas contratadas na apólice.

Para garantir o direito à cobertura dos segurados, o estipulante deverá efetuar o pagamento ou repasse do prêmio do seguro até a data de vencimento, que não poderá ultrapassar 30 (trinta) dias da data de emissão do faturamento.

Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela mensal não quita o débito se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

Pagamento de sinistro

O pagamento de qualquer indenização de sinistro, de acordo com o Sistema de Pagamento Brasileiro (SPB) instituído pelo Banco Central do Brasil, ocorrerá mediante crédito em conta-corrente, que deverá ser indicada pelo segurado ou beneficiário e implicará a plena quitação da indenização. No caso de o segurado ou beneficiário não possuir conta-corrente, será indicada outra forma de pagamento.

No caso de sinistro em que o segurado tenha sido incluído ou mantido indevidamente na apólice, a responsabilidade da seguradora fica limitada à devolução dos prêmios pagos correspondentes à cobertura desse seguro.

Ocorrendo sinistro com segurado cujo capital conste com valor superior ao limite máximo em vigor na apólice ou não corresponda ao capital contratado, conforme condições da apólice, na data do evento, a responsabilidade da seguradora fica limitada ao capital máximo e ao capital contratado e à devolução da diferença dos prêmios pagos.

Não será considerada, para efeito de cálculo do valor da indenização, qualquer diferença relativa à adoção de critérios de aumento salarial divergente do que fora previamente pactuado no contrato. Uma vez constatada tal situação, será providenciada a imediata devolução acumulada das diferenças de prêmios pagos indevidamente.

Beneficiários

A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, salvo as indicações não previstas e não cobertas pela legislação civil.

O segurado poderá, por meio de solicitação formal preenchida e assinada, fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito. O documento com a indicação do(s) beneficiário(s) ficará sob a guarda e responsabilidade do estipulante, devendo ser enviada à Seguradora em caso de sinistro ou sempre que esta solicitar, no prazo de até 72 horas, sob pena de ressarcir à seguradora por eventuais prejuízos causados pela não exibição do documento original ou pelo envio do documento desatualizado.

Para efeito de regulação de sinistro, caso o estipulante não envie o formulário com a indicação de beneficiário(s), ou se não houver indicação desse(s), ou ainda, se por qualquer motivo não prevalecera designação feita, o capital segurado será pago de acordo com o que determinar a legislação em vigor à época do sinistro.

Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um. Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado titular e do(s) segurad(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, titular e dependentes), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, conforme legislação vigente.

O beneficiário do segurado dependente será sempre o segurado titular.

Caso haja particularidades em relação aos beneficiários de alguma cobertura, elas estarão descritas nas condições especiais da cobertura.

Inadimplência e cancelamento da apólice

O não pagamento do prêmio após a data do vencimento constitui o segurado ou o estipulante em mora, de acordo com o caso, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

Durante o período de tolerância do seguro, ou seja, em 60 (sessenta) dias corridos a contar da data do vencimento da primeira fatura não paga ou da primeira parcela do prêmio não pago, conforme o caso, o segurado e/ou o estipulante deverá providenciar a regularização do pagamento do(s) prêmio(s) ou da(s) fatura(s) em aberto, para que não ocorra o cancelamento da apólice.

Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de tolerância, mediante cobrança do prêmio devido.

O seguro ficará automaticamente cancelado na hipótese de qualquer fatura referente ao prêmio do seguro não ser paga em até 60 (sessenta) dias corridos a contar do seu primeiro vencimento.

O seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações desde a data do efetivo cancelamento, não cabendo qualquer indenização (sinistro) ou a restituição de quaisquer prêmios anteriormente pagos, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

A apólice poderá também ser cancelada a qualquer época, por mútuo e expresso consenso entre o estipulante e a seguradora, desde que haja anuência prévia e expressa de ¾ (três quartos) do grupo segurado, ou no vencimento da apólice, observado o disposto nas condições gerais.

Alteração

Nenhuma alteração desta apólice será válida se não for feita por meio de aditamentos ou endossos emitidos pela seguradora.

Qualquer modificação na apólice em vigor que implique ônus ou dever para os segurados, ou redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.

Pró-labore

Disposições finais

Em caso de falecimento por acidente, as indenizações previstas pelas coberturas de Morte e Morte Acidental, caso contratadas em conjunto, se acumulam.

O pagamento do capital segurado para a cobertura especial de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, caso contratada, será proporcional ao grau de invalidez apurado em perícia médica, tendo como parâmetro a tabela de invalidez da Susep, limitada ao percentual definido na cobertura. Em nenhuma hipótese será considerado o laudo do INSS e DPVAT para apuração desta cobertura.

A concessão de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez pela Previdência Social (INSS), por regime próprio, por regime especial ou por outra instituição pública ou privada não caracteriza por si só o “quadro clínico incapacitante”, conforme previsto na cobertura especial de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, caso contratada, sendo necessária a comprovação do evento coberto por este seguro. Da mesma forma, a incapacidade laborativa, seja ela total ou parcial, temporária ou definitiva, caracterizada pela incapacidade para o exercício de determinada atividade profissional ou laborativa, também não configura, por si só, o “quadro clínico incapacitante”, sendo necessária a comprovação do evento coberto por este seguro.

Na cobertura especial de Inclusão de Filhos, caso contratada, a indenização para menores de 14 (quatorze) anos, em caso de falecimento, destina-se apenas ao reembolso de despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das notas fiscais originais especificadas.

Ratificação

Ratificam-se as condições gerais e especiais do seguro de vida em grupo, desde que não alteradas por este instrumento.

Anexos

Fazem parte integrante e inseparável os anexos a seguir: -Condições Especiais -Condições Gerais -Serviços -Relação dos Subestipulantes

Dados(s) dos(s) subestipulantes(s)

Nr°	Nome/razão social	CNPJ
1	TECNOGERA - LOCACAO E TRANSFORMACAO DE ENERGIA SA	08.100.057/0001-74

Endereço completo
AVENIDA ROBERT KENNEDY, Nº 615 - 625 - BLOCO 1
Independência - São Bernardo do Campo - SP
CEP 09.862-172

Condições Gerais

SEGURO DE VIDA EM GRUPO

1. Objetivo do seguro

Este seguro tem por objetivo garantir a indenização ao segurado ou a seu(s) beneficiário(s) na ocorrência de eventos previstos nas coberturas contratadas, exceto se decorrente de riscos excluídos, respeitando-se os demais itens destas condições gerais.

Os produtos comercializados pela Prudential do Brasil Vida em Grupo S.A. são seguros de vida personalizados. **Sendo assim, tais produtos não se caracterizam como plano de previdência privada, aposentadoria ou investimento e não têm como objetivo proporcionar ganhos financeiros ao segurado ou seu(s) beneficiário(s).**

A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco pela seguradora.

2. Eventos cobertos

2.1. Para fins deste seguro, consideram-se eventos cobertos aqueles definidos nas condições especiais, que constituem parte integrante e inseparável destas condições contratuais.

2.2. Na hipótese de sinistro decorrente de risco simultaneamente amparado por várias coberturas, prevalecerá aquela que for mais favorável ao segurado e/ou ao(s) beneficiário(s), a critério do indenizado, não sendo admitida a acumulação de coberturas, exceto quando da contratação das coberturas de Morte e Morte Acidental, em seus limites máximos contratados.

3. Coberturas

3.1. As coberturas deste seguro estão definidas nas condições especiais e dividem-se em coberturas básicas, adicionais e suplementares, sendo necessária a contratação da cobertura básica para a efetivação deste seguro e acesso à contratação das coberturas opcionais e suplementares.

3.1.1 Básicas:
Morte

3.1.2 Adicionais:
- Morte Acidental
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
- Invalidez Permanente Total por Acidente
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença
- Diária por Incapacidade Física e Temporária por Doença
- Diária por Incapacidade Física Temporária – Tabela de Eventos
- Doenças Graves
- Indenização Especial para Filhos
- Auxílio Funeral
- Auxílio Cesta Básica
- Doença Congênita de Filhos
- Rescisão Trabalhista
- Auxílio Financeiro Imediato
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas

3.1.3. Cláusulas Suplementares:
- Inclusão Automática de Cônjuges
- Inclusão Facultativa de Cônjuges
- Inclusão Automática de Filhos

3.2. Mediante a contratação da cobertura básica e sujeito ao pagamento do prêmio correspondente, o estipulante poderá solicitar a inclusão das coberturas adicionais, obedecidas as conjugações permitidas pela seguradora.

3.3. O conjunto de coberturas contratadas será concedido para todo o grupo segurado de um mesmo plano,

respeitando-se as condições de elegibilidade de cada segurado.

4. Riscos excluídos

4.1. Os eventos decorrentes das situações descritas a seguir estão excluídos da cobertura deste seguro, não cabendo ao(s) beneficiário(s) nem ao segurado, conforme o caso, o direito a qualquer recebimento de qualquer pagamento e/ou devolução de valores, inclusive aqueles relativos a prêmios pagos:

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

b) invasões, hostilidades, atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;

c) ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada por laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;

d) doenças, lesões e acidentes preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarados na proposta de adesão;

e) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo, assim declarados por órgão competente;

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

g) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;

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

O beneficiário não tem direito ao capital estipulado quando o segurado se suicida nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato ou da sua recondução depois de suspenso, conforme disposto no art. 798 do Código Civil.

5. Âmbito territorial da cobertura

5.1. O âmbito territorial das coberturas está descrito nas condições especiais.

6. Idade do segurado

6.1. Para fins de cálculo do prêmio, deverá ser considerada a idade completa do segurado na data da assinatura da proposta de adesão ou da renovação, desprezando-se quaisquer frações de ano.

6.2. As idades mínima e máxima para contratação do seguro estão estabelecidas no contrato, respeitadas as limitações impostas pela legislação vigente.

6.3. O proponente menor de 18 (dezoito) anos, por ocasião do preenchimento da proposta de adesão de seguro de vida coletivo, será representado ou assistido pelos pais, tutores ou curadores, observada a legislação vigente.

7. Vigência do seguro

7.1. O início e o término de vigência da cobertura individual do seguro são fixados no certificado individual de seguro.

7.2. As apólices, os certificados e os endossos/aditamentos terão início e término de vigência às 24h das respectivas datas indicadas nestes documentos.

7.3. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do certificado individual de seguro, se este não for renovado.

7.4. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou se dará em data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

7.5. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência da cobertura ocorrerá partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

8. Contratação do seguro

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

8.2. A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo estipulante na proposta de contratação. Essas declarações determinarão a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

8.3. Se for constatado que o grupo segurado difere daquele que serviu de base para o cálculo atuarial, a seguradora se reserva o direito de recalcular as taxas. Na hipótese de o estipulante não aceitar as novas taxas propostas, a apólice será cancelada pela seguradora.

8.4. Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na proposta, o estipulante deverá solicitar à seguradora, por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data da sua emissão, que sejam corrigidas as divergências existentes. Decorrido esse prazo, considerar-se-á válida a redação disposta na apólice.

8.5. 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 titulares afastados do trabalho desde que, no momento da cotação, estes tenham sido devidamente informados à seguradora, bem como as causas do afastamento.

9. Aceitação do seguro

9.1. A adesão à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão e desta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

9.2. A seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo identificando a proposta de adesão por ela recepcionada, com indicação da data e da hora de seu recebimento.

9.3. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a proposta de adesão, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

> 9.3.1. A seguradora poderá solicitar ao proponente documentos complementares, além de declarações pessoais, exames médicos e/ou qualquer outra prova ou atestado de saúde para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta de adesão, o que poderá ser feito apenas uma vez durante esse prazo. Nesse caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada completa.

9.4. A seguradora fará, obrigatoriamente, a comunicação formal no caso de não aceitação da proposta de adesão, justificando a sua recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

9.4.1. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devolvido no momento da formalização da recusa, sendo restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela *pro rata temporis* correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Nesse caso, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

9.5. Em caso de inclusão de menores de 14 (quatorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas com o funeral, seja na condição de segurado titular ou dependente.

9.6. A seguradora, obrigatoriamente, emitirá e enviará o certificado individual de seguro no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

9.7. No caso de doença ou de invalidez preexistente informada na declaração pessoal de saúde constante da proposta de adesão, a seguradora poderá aceitar o proponente com restrições de cobertura, excluindo os eventos que venham a ser causados pela doença ou pela invalidez informada.

9.8. Aposentados por tempo de serviço poderão ser incluídos nas apólices que admitam a respectiva cobertura desse grupo com direito a todas as coberturas do seguro, inclusive IFPD. Aposentados por invalidez que não tenham recebido indenização de IFPD de outra seguradora poderão ser aceitos e terão direito a todas as coberturas desse seguro. Aposentados por invalidez que já tenham recebido indenização de IFPD de outra seguradora não serão aceitos. Em todos os casos é necessário que os aposentados em questão atendam a todas as demais condições estabelecidas no contrato para a aceitação de proponentes.

10. Alteração da apólice

10.1. Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo proponente ou estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e receber concordância das partes contratantes.

10.2. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor, inclusive alteração de taxas de seguro, deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa, por escrito, do grupo segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

10.3. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

11. Renovação

11.1. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice/ certificado individual de seguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice/certificado individual de seguro.

11.2. A renovação automática do seguro só poderá ocorrer uma única vez, e as renovações posteriores devem ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa. A renovação automática não se aplica aos estipulantes que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

11.3. Na renovação, será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas incidentes.

11.4. Na renovação, qualquer alteração da apólice coletiva que implique ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo segurado.

11.5. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao

estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

12. Consequências de declarações incorretas

12.1. Se o estipulante, o segurado, seu representante ou a corretora de seguros/corretor fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, perderá o direito às coberturas, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido, de acordo com a legislação em vigor.

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

I. na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

II. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial de indenização:

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

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

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

12.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, independentemente de notificação ou interpelação judicial, o segurado e seu(s) beneficiário(s) perderão o direito às coberturas do seguro contratado, ficando este anulado, sem que caibam quaisquer valores à parte infratora, nas seguintes situações:

a) ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo segurado, pelo(s) seu(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro; e/ou

b) descoberta, pela seguradora, de declarações incorretas graves ou omissões, que dispõem sobre questões médicas preexistentes do segurado ou relacionadas ao histórico médico familiar dele, capazes de influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio.

12.3. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

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

12.5. O segurado está obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

12.5.2. O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a

diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

12.5.3. Na hipótese de continuidade do contrato, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

13. Capital segurado

13.1. O capital segurado representa o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, a título de indenização, no caso de ocorrência de sinistro coberto, vigente na data do evento.

13.1.1. O tipo de capital escolhido pelo estipulante estará especificado no contrato, e o valor do capital segurado individual será estabelecido, por cobertura, no certificado individual de seguro, conforme proposto pelo segurado, respeitados os limites mínimo e máximo previamente estabelecidos pela seguradora.

13.2. Os capitais segurados do segurado dependente, em quaisquer coberturas, não podem ser superiores ao do segurado titular.

14. Pagamento do prêmio

14.1. O custeio poderá ser contributário ou não, dependendo da escolha do estipulante.

14.2. Para garantir o direito à cobertura dos segurados, o estipulante deverá efetuar o pagamento ou repasse do prêmio do seguro até a data de vencimento.

14.3. O prêmio do seguro deverá ser pago mensalmente durante o período de vigência da apólice.

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

14.5. Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo prêmio, este poderá ser pago até o 59º dia posterior ao vencimento da parcela em atraso e será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido, com multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso.

14.5.1. Além da multa anteriormente citada, será acrescida ao valor do prêmio a atualização monetária, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, desde a data do vencimento da parcela em atraso até a data de seu efetivo pagamento, acrescida de juros de mora fixados em 1% a.m. (um por cento ao mês), em base *pro rata temporis.*

14.6. **Decorrido o prazo definido no parágrafo anterior, e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reativada.** Havendo interesse do segurado ou do estipulante, deverá ser contratado um novo seguro, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento. Nesse caso, não caberá qualquer restituição dos prêmios anteriormente pagos.

14.7. A seguradora enviará comunicado, por correspondência, ao estipulante, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato, o qual será efetuado ainda que o estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funcionará apenas como um aviso de cancelamento.

14.8. O estipulante obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição de tal correspondência.

14.9. É vedada ao estipulante a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação do segurado, ou o recolhimento a título de prêmio do seguro de qualquer valor além daquele fixado pela seguradora e a ela devido.

14.10. Caso o estipulante receba, com o prêmio qualquer outro valor, fica obrigado a destacar, no documento utilizado na cobrança ou no recolhimento, o valor do prêmio de cada segurado.

14.11. O estipulante, nos seguros contributários, salvo em caso de cancelamento do certificado individual de seguro, só poderá interromper o desconto do valor do prêmio em folha mediante expressa solicitação do segurado titular, o qual assumirá a obrigação de pagamento do prêmio.

14.12. Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela mensal não quita o débito se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

14.13. Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos devidamente atualizados de acordo com a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando *pro rata temporis* o período em que vigorou a cobertura, conforme a tabela de prazo curto especificada a seguir:

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	**Fração a ser aplicada sobre a vigência original**
13	15/36
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

14.14. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos à atualização monetária a partir da data de recebimento até a data de devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.

14.15. De acordo com as características do seguro, não está prevista a devolução ou o resgate de prêmios ao segurado, ao(s) beneficiário(s) ou ao estipulante, pois trata-se de regime de repartição simples.

14.16. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à seguradora pelo estipulante nos prazos estabelecidos no item 14.5 ensejará o cancelamento do seguro.

15. Recálculo e reavaliação do prêmio

15.1. Recálculo
O prêmio do seguro será recalculado anualmente em função das alterações ocorridas no grupo segurado naquele período. A seguradora reserva-se o direito de recalcular e alterar o prêmio mensal antes da data prevista, com prévio aviso ao estipulante e mediante anuência de, ao menos, três quartos do grupo segurado, caso gere ônus ou dever para o segurado, se ocorrer alteração significativa no grupo segurado que possa influenciar a definição da taxa.

15.1.1. **Os prêmios serão alterados de acordo com a idade/faixa etária do segurado. A forma como os prêmios**

serão alterados de acordo com a idade/faixa etária do segurado, incluindo os valores ou percentuais, constará nas condições contratuais e será disponibilizada aos proponentes quando da adesão ao seguro.

15.2. Reavaliação
As características do seguro como prêmios, coberturas e limites serão reavaliadas anualmente, tomando-se como base a experiência no período anterior, para manter o equilíbrio técnico-atuarial da apólice. Quando houver necessidade de alteração do prêmio, isso será feito em comum acordo entre as partes.

Caso haja alteração das taxas que gere ônus ou dever para o segurado durante a vigência da apólice, tal alteração deverá ser realizada por endosso à apólice e sua efetivação dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

16. Carência

16.1. Haverá carência de 24 (vinte e quatro) meses, para qualquer cobertura, contados a partir do início de vigência do certificado individual ou após aumento de capital, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado titular ou dependentes.

16.2. Em caso de período de carência estipulado para as garantias previstas nestas condições gerais, este será definido nas condições especiais e contratuais.

17. Franquia

17.1. Para as coberturas de Diária de Incapacidade Temporária (DIT e DITE), haverá franquia de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data de ocorrência do evento.

17.2. Se houver franquia estabelecida para determinada cobertura contratada, o seu período será definido nas condições contratuais e no certificado de seguro.

17.3. Franquia dedutível: se houver franquia dedutível estabelecida para determinada cobertura contratada, ela será definida na apólice.

18. Cancelamento

18.1. Cancelamento da apólice
A apólice mencionada nestas condições contratuais poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias e acordo entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo estipulante, e com anuência prévia e expressa do corretor e dos segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Nesse caso, a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base *pro rata temporis*. Quando houver devolução de prêmio, ela será corrigida pelo índice IPCA/IBGE a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se tal solicitação ocorrer por iniciativa do segurado ou a partir da data do efetivo cancelamento, se ocorrer por iniciativa da seguradora.

18.2. Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura
Respeitado o tempo de cobertura proporcional ao prêmio pago, o certificado individual de seguro será cancelado e as coberturas do seguro cessarão imediatamente:

a) se o segurado titular solicitar a sua exclusão da apólice;

b) ao final do prazo de vigência da apólice de seguro, se esta não for renovada;

c) se a apólice de seguro for cancelada durante a sua vigência, por acordo entre as partes;

d) por desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante, entendido este como ocorrido na data em que houver o desligamento do segurado do quadro de colaboradores do estipulante, o que se dará apenas após o decurso do prazo do aviso prévio previsto na legislação aplicável, ainda que indenizado,

respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago;

e) se o estipulante deixar de pagar qualquer parcela do prêmio no prazo estipulado no item 14.5;

f) se ocorrer a morte do segurado;

g) se for pago o capital segurado previsto para a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;

h) se o segurado agravar intencionalmente o risco;

i) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos fraudarem ou tentarem fraudar, agirem com dolo ou simulação na contratação do seguro ou durante a sua vigência, para obter ou majorar os valores devidos pela seguradora;

j) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos simularem um sinistro ou ainda agravarem as consequências para obter a indenização ou dificultar sua elucidação;

k) se o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros intencionalmente fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam ter influído na aceitação da proposta ou no valor do prêmio;

l) se o estipulante deixar de repassar à seguradora as mensalidades pagas pelos segurados, caso seja adotada a modalidade de seguro contributário, mesmo que os segurados possuam comprovantes desses pagamentos, tal fato constituirá motivo para o cancelamento do seguro, uma vez caracterizada a inadimplência, ficando o estipulante sujeito às cominações legais;

m) quando o segurado titular solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio, se cabível;

n) quando for pago o total do limite de indenização da apólice ou quando a utilização da respectiva cobertura acarretar exclusão do segurado da apólice, de acordo com seus termos e condições.

18.3. Cessação da cobertura para os segurados dependentes
Além das situações mencionadas anteriormente e de outras previstas nas condições da apólice, a cobertura de cada segurado dependente cessará:

a) se cancelada a respectiva cláusula suplementar;

b) com a exclusão do grupo ou cessação da cobertura do segurado titular;

c) no caso de morte do segurado titular;

d) quando o segurado dependente for cônjuge ou companheiro do segurado titular, com a separação judicial, de fato ou de corpos, divórcio ou dissolução da união estável; sendo que, quando for o companheiro, cessará também com a solicitação de cancelamento, por escrito, feita pelo segurado titular, ou se, de qualquer outro modo, houver a cessação da condição de dependente;

e) no caso de cancelamento do seu registro, quando se tratar de companheira(o);

f) no caso de cessação da condição de dependente previsto na forma de lei;

g) quando o segurado dependente for filho ou dependente do segurado titular, ou filho do companheiro ou do cônjuge do segurado titular, com a cessação de dependência, conforme previsto no regulamento do imposto de renda;

h) quando o segurado dependente for filho apenas do cônjuge do segurado titular, com a separação judicial, o divórcio dos cônjuges ou fim da união estável;

i) quando o segurado dependente for filho apenas do companheiro do segurado titular, com o cancelamento do registro de dependência da mãe e/ou do pai;

j) a pedido do segurado titular, por escrito, na hipótese de inclusão facultativa do segurado dependente;

k) a pedido do estipulante por escrito.

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

19. Procedimento em caso de sinistro

19.1. Ocorrido o sinistro, este deverá ser comunicado, por escrito, à seguradora, pelo estipulante, pelo segurado ou pelo(s) beneficiário(s) indicado(s), logo que tome(m) conhecimento.

19.2. Quando previsto o pagamento da indenização de um evento coberto por este seguro, a ocorrência do sinistro bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas deverão ser satisfatoriamente comprovadas.

19.2.1. A indenização será realizada em parcela única.

19.3. O segurado, por ocasião do acidente pessoal, deverá recorrer imediatamente, às suas custas, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

19.4. Os documentos abaixo relacionados serão necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) segurado: formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante; cópia autenticada da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF, cópia da certidão de casamento atualizada e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo);

b) beneficiário: formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante; cópia autenticada da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF (inclusive para menores de 14 anos), certidão de casamento atualizada (caso de cônjuge), certidão de nascimento (caso de filhos), documentos que comprovem a união estável (em caso de companheiro(a) e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo).

Observações:

1. Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou no impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei.

2. Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou no impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei.

3. Para pessoas com idade inferior a 18 (dezoito) anos sem pai e mãe, a indenização será paga conforme o estabelecido na legislação vigente.

4. A falta de indicação expressa de beneficiários, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o pagamento da indenização ocorrerá de acordo com legislação em vigor. Nessa situação, além dos documentos indicados anteriormente, enviar declaração de herdeiros conforme modelo fornecido pela seguradora.

19.5. Os demais documentos complementares estão definidos nas condições especiais deste seguro.

19.6. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e a obtenção dos documentos necessários correrão por conta do(s) solicitante(s), salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

19.7. A seguradora está autorizada, em caso de dúvida fundada e justificável, a tomar todas as providências necessárias à plena elucidação dos fatos, arcando com os custos correspondentes, para obter uma explicação completa sobre o evento ocorrido, podendo, inclusive, solicitar documentos que considerar necessários à comprovação do fato alegado, além daqueles descritos nos itens 19.4 e 19.5.

19.8. Estando de posse da documentação completa solicitada nos itens 19.4 e 19.5, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para aceitar e efetuar o pagamento da indenização ou recusar o seu pagamento. Se dentro do prazo mencionado, devido a dúvida fundada e justificável, a seguradora solicitar ao interessado na indenização outros documentos para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil subsequente à chegada do último documento solicitado.

19.9. Se o segurado falecer durante a vigência do seguro em razão de um evento coberto, a seguradora pagará a indenização por morte ao(s) seu(s) beneficiário(s).

19.10. Se o segurado ficar total e permanentemente inválido durante a vigência do seguro, a seguradora pagará a indenização por invalidez ao próprio segurado. Se não for comprovada a Invalidez Permanente e Total por Acidente do segurado, a seguradora manterá o seguro em vigor como se nenhuma solicitação da indenização tivesse sido feita, e **o responsável pelo pagamento deverá continuar pagando os prêmios até o fim do período de pagamento do seguro para que as coberturas sejam mantidas.**

19.11. O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará a aplicação de juros de mora a partir dessa data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.

19.11.1. Qualquer pagamento de indenização feito após o prazo descrito no item 19.8 será efetuado no valor da indenização acrescido de multa total de 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez.

19.12. Além da multa anteriormente citada, será acrescida ao valor da indenização a atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE acumulada desde a data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, além de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, em base *pro rata temporis.*

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

19.13.O pagamento de valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios ocorrerá independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

19.14. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente a cargo da seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

19.15. Em caso de tentativa do segurado, de seu(s) beneficiário(s) ou do representante legal de um ou de outro de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da seguradora, o respectivo segurado ou beneficiário não fará jus ao recebimento da indenização ora prevista.

20. Capital segurado – data do evento

20.1. A data do evento será determinada nas condições especiais deste seguro.

21. Junta médica

21.1. Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada 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.

21.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

21.3. 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.

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

21.5. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

21.6. Não serão aceitos como peritos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, seus parentes consanguíneos ou afins, ainda que habilitados a exercer a medicina.

21.7. Comprovado algum tipo de fraude e/ou questões de conflito de interesse entre o segurado e a composição da junta médica, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

22. Perícia da seguradora

22.1. No caso de incapacidade, o segurado autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

22.2. Comprovado algum tipo de fraude à perícia da seguradora, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

23. Cláusula beneficiária

23.1. Beneficiários em caso de morte

23.1.1. Esta cláusula é válida para a cobertura de morte do segurado titular.

23.1.2. A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito que deverá ser mantida em poder do estipulante e da seguradora, observando a legislação local vigente.

23.1.3. Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o capital segurado ao antigo beneficiário designado, desobrigando-se do pagamento da respectiva indenização.

23.1.4. Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um.

23.1.5. Quando não houver distribuição quantitativa do valor da indenização, o seguro será dividido em partes iguais.

23.1.6. Na hipótese de a morte do(s) beneficiário(s) indicados(s) ocorrer antes da morte do segurado titular (“premoriência”), a parte a ele(s) determinada será paga aos beneficiários determinados pela legislação em vigor.

23.1.7. Na hipótese de morte simultânea (“comoriência”) do segurado titular e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, titular e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência desses, aos beneficiários determinados pela legislação em vigor.

23.1.8. Em caso de contratação das coberturas suplementares de Inclusão Automática/Facultativa de Cônjuge e Inclusão Automática de Filhos, o beneficiário será sempre o segurado titular.

23.1.9. A falta de indicação expressa de beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão beneficiários aqueles determinados pela legislação em vigor.

23.2. Os demais beneficiários estipulados para as demais coberturas estarão definidos nas condições especiais deste seguro.

24. Atualização dos valores do seguro

24.1. Os capitais segurados e os prêmios poderão ser atualizados anualmente, no aniversário do contrato, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.

24.1.1. Alternativamente ao critério de atualização pelo índice IPCA/IBGE, os novos valores de capitais segurados e prêmios poderão ser calculados em função de variação salarial praticada no período, informada pelo estipulante. Nesse caso, os respectivos prêmios e capitais segurados serão imediatamente adequados aos novos valores de salários, decorrentes de dissídio da categoria previsto em norma coletiva ou qualquer outro reajuste realizado pelo empregador.

24.2. As atualizações de capital segurado serão aplicadas para todos os segurados, inclusive aposentados e afastados do serviço ativo, para os quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para o restante do grupo.

24.3. Para os seguros de prazo igual ou inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.

24.4. Para a hipótese de não ser possível seguir qualquer um dos procedimentos de atualização monetária previstos nestas condições gerais, em virtude da edição de lei ou medida governamental na área da economia que proíba ou altere os critérios de atualização monetária, o responsável pelo pagamento, o segurado, o(s) beneficiário(s), conforme o caso, e a seguradora ajustam as seguintes disposições, a serem adotadas com vistas a preservar o equilíbrio atuarial do seguro:

a) se houver extinção do IPCA/IBGE, será imediatamente utilizado como índice substitutivo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE) ou, na falta deste, o índice que vier a ser autorizado pela Susep;

b) cessará imediatamente a atualização monetária de todos os valores inerentes a este seguro, caso essa atualização venha a ser vedada; ou

c) se houver proibição da utilização de indexadores, a atualização monetária prevista nesta cláusula será ajustada ao que a respeito deliberar o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente para dispor sobre a matéria.

25. Obrigações do estipulante

São obrigações do estipulante:

a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, conforme estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;

b) manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

e) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

f) repassar aos segurados todas as comunicações ou os avisos inerentes à apólice, quando for diretamente

responsável pela sua administração;

g) discriminar o nome da seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;

h) comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando tal comunicação estiver sob sua responsabilidade;

i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

j) comunicar de imediato à Susep quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

k) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante;

m) entregar assim que receber da seguradora os certificados individuais aos segurados;

n) manter o seu cadastro permanentemente atualizado na seguradora.

26. Comunicações

26.1. As comunicações do segurado ou estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas na seguradora, podendo ser recepcionadas por meio eletrônico. As comunicações da seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na apólice/certificado individual de seguro.

26.2. As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado ou estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do segurado ou estipulante.

27. Foro

27.1. Será competente para dirimir quaisquer pendências ou dúvidas decorrentes da execução deste seguro o foro do domicílio do segurado ou do(s) beneficiário(s), conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto anteriormente.

28. Disposições finais

28.1. O segurado deverá informar imediatamente à seguradora qualquer mudança de endereço ou alteração nos dados de conta bancária ou cartão de crédito para cobrança de prêmios.

28.2. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

28.3. Os tributos incidirão e serão recolhidos conforme legislação em vigor.

28.4. As condições contratuais deste seguro encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta de adesão e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

28.5. O registro deste plano na Susep não implica, por parte desta autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

28.6. O segurado poderá consultar a situação cadastral da sua corretora de seguros/corretor no site www. susep.gov.br por meio do número do registro na Susep, nome completo, CNPJ ou CPF.

28.7. Qualquer pagamento ou devolução de valores realizados pela seguradora serão feitos por crédito em conta bancária, ou ordem de pagamento, sempre do titular do direito de seu recebimento, de acordo com os termos deste seguro.

28.8. Para os casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

29. Glossário de termos técnicos

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nas condições contratuais, incluímos uma relação em ordem alfabética, com os principais termos técnicos empregados nas condições contratuais.

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 independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

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

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

III. os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

IV. os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

V. os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, ocasionados por evento externo, súbito e violento, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

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

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

III. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos (LER), doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

IV. as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido acima.

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.

APARELHO LOCOMOTOR: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

APÓLICE: documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo estipulante.

ATIVIDADE LABORATIVA: qualquer ação ou trabalho que gere renda ao segurado.

AUXÍLIO: ajuda por intermédio do recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

BENEFICIÁRIO: pessoa física designada pelo segurado ou, na sua ausência, a pessoa determinada por lei para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro coberto.

CAPITAL SEGURADO: importância máxima a ser paga ou reembolsada ao segurado ou beneficiário em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

CARDIOPATIA GRAVE: doença do coração assim classificada de acordo com os critérios do consenso nacional de cardiopatia grave.

CARÊNCIA: período contínuo, contado a partir da data de início de vigência do certificado individual de seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao valor da indenização. Esse período não poderá ser superior a 2 (dois) anos, bem como não poderá exceder metade da vigência do seguro.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO: documento emitido pela seguradora e destinado ao segurado, que confirma a aceitação de sua proposta de adesão à apólice coletiva.

COBERTURAS: obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto previsto nestas condições contratuais.

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

COMPANHEIRO(A): pessoa com quem o segurado titular mantém união estável, ou seja, convivência pública, contínua e duradoura, com o objetivo de constituir família.

CONECTIVIDADE COM A VIDA: capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

CONSUMPÇÃO: definhamento progressivo e lento do organismo humano causado por doença.

CONTRATO DE SEGURO: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

DADOS ANTROPOMÉTRICOS: para cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, trata- se do peso e a altura do segurado.

DECLARAÇÃO MÉDICA: documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o médico assistente do segurado ou outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

DEFICIÊNCIA VISUAL: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

DOENÇA CRÔNICA: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar

do tratamento.

DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL: doença sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

DOENÇA NEOPLÁSICA MALIGNA ATIVA: caracterizada pelo crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

DOENÇA PROFISSIONAL: doença cuja causa determinante é o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

DOENÇAS, LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES: sinais, sintomas e/ou as doenças, inclusive as congênitas, e as lesões decorrentes dos acidentes pessoais sofridos pelo segurado, antes de sua adesão à apólice, os quais, embora já fossem de seu conhecimento no momento de sua proposta de adesão, não foram nela declaradas.

DOLO: ato consciente pelo qual alguém induz outro a erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

ESTADOS CONEXOS: representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.

ESTIPULANTE: pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro, investida dos poderes de representação dos segurados nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.

EVENTO COBERTO: acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições contratuais.

EXCEDENTE TÉCNICO: resultado técnico positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

FRANQUIA: período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.

GRUPO SEGURÁVEL: conjunto de pessoas, homogêneo em relação a uma ou mais características, com um vínculo concreto a uma pessoa jurídica, bem como seus dependentes.

GRUPO SEGURADO: conjunto de pessoas do grupo segurável efetivamente aceito no seguro e cuja cobertura esteja em vigor.

HÍGIDO: saudável.

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD): perda da existência independente do segurado, caracterizada como a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais deste seguro, estando também englobados neste conceito os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

INDENIZAÇÃO: valor a ser pago pela seguradora ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

INVALIDEZ FUNCIONAL POR DOENÇA: perda da existência independente do segurado causada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições contratuais e/ou especiais do seguro.

MÉDICO: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que presta informações a respeito da saúde do segurado. Não será aceito como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou

afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

PRÊMIO: valor pago à seguradora para que esta assuma os riscos cobertos pelo seguro.

PRESCRIÇÃO: extingue o direito de uma pessoa a exigir de outra uma prestação (ação ou omissão), ou seja, provoca a extinção da pretensão, quando não exercida no prazo definido por lei.

PRESTADOR DE SERVIÇOS: profissionais não registrados com vínculo exclusivo com o estipulante por contrato ou documento contábil comprobatório à atividade prestada.

PROGNÓSTICO: juízo médico com base no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, da evolução e do termo de uma doença.

PROPONENTE: pessoa física interessada em aderir ao plano coletivo, que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de segurado somente após a sua aceitação pela seguradora, com o devido pagamento do prêmio do seguro.

PROPOSTA DE ADESÃO: documento em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação sob forma coletiva, indica seus beneficiários e manifesta-se pelo conhecimento e aceitação do seguro e suas condições.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: documento no qual o estipulante expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as coberturas e capitais segurados propostos e manifestando pleno conhecimento dos termos estabelecidos nestas condições contratuais e sua concordância com eles.

PRO RATA TEMPORIS: é um método de se calcular o prêmio de seguro com base nos dias de vigência do contrato, quando este for realizado por período inferior a 1 (um) ano e sempre que não cabível o cálculo do prêmio a prazo curto.

QUADRO CLÍNICO: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

RECIDIVA: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acontecimento.

REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

RELAÇÕES EXISTENCIAIS: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

REPARTIÇÃO SIMPLES: regime financeiro no qual o que se arrecada em prêmios é gasto com sinistros, sem que haja um processo de acumulação de reserva para eventos futuros, não sendo possível a devolução dos prêmios já pagos para a vigência decorrida.

RISCOS EXCLUÍDOS: são os riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais que não são cobertos pelo seguro.

SEGURADOS DEPENDENTES: cônjuge ou companheiro(a), filhos, enteados, desde que sejam menores e dependentes do segurado titular, de acordo com a legislação do imposto de renda e/ou Previdência Social, quando incluídos no seguro.

SEGURADO TITULAR: pessoa física que mantém vínculo com o estipulante, cuja proposta de adesão à apólice foi aceita pela seguradora.

SEGURADORA: empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro.

SEGURO COMPULSÓRIO: aquele no qual não há opção de o segurado não aderir ao seguro, ou seja, todo o grupo segurado fará parte do contrato do seguro.

SEGURO CONTRIBUTÁRIO: aquele no qual o segurado participa em parte ou na totalidade do pagamento do prêmio.

SEGURO FACULTATIVO: aquele no qual há a opção de adesão ou não pelo segurado no contrato de seguro coletivo.

SEGURO NÃO CONTRIBUTÁRIO: aquele no qual o pagamento do prêmio é responsabilidade exclusiva do estipulante.

SENTIDO DE ORIENTAÇÃO: faculdade de o indivíduo se identificar, se relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio.

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

SINISTRO: ocorrência do evento coberto durante o período de vigência da apólice.

TRANSFERÊNCIA CORPORAL: capacidade de o segurado se deslocar de um local para o outro, sem qualquer auxílio. Entende-se por auxílio a ajuda humana e/ou a utilização de estruturas ou de equipamentos de apoio físico.

VIGÊNCIA: período pelo qual está contratado o seguro, indicado na apólice e/ou no certificado individual de seguro.

Condições Especiais

COBERTURA BÁSICA - MORTE

Estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura básica e o pagamento do prêmio correspondente garantem, ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado de Morte, se o segurado falecer, durante o período de vigência da apólice, por quaisquer causas, naturais ou acidentais. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas, a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções, etc.

3. Riscos excluídos

3.1. Estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das exclusões previstas na cláusula 4, 'Riscos excluídos", das condições gerais, bem como suas consequências diretas ou indiretas.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do segurado.

6. Cessação da cobertura

6.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;

b) cópia autenticada da certidão de óbito;

c) relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;

d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário;

e) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada.

f) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou outro documento hábil que comprove o salário.

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Os beneficiários estão em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de morte”, das condições gerais do seguro de vida coletivo.

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Serviço de Assistência Funeral
FAMILIAR

1. Objetivo:

Prestação de serviços de assistência para o segurado titular do seguro e/ou cônjuge ou companheiro(a) e/ou filhos ou enteados dependentes do segurado titular (de acordo com a legislação do imposto de renda e/ou previdência social), falecido(s) durante a vigência (período do seguro) do contrato, no Brasil, de acordo com os padrões contratados, constante no contrato de seguro.

2. Elegibilidades:

Esta assistência será prestada quando:

o segurado titular estiver devidamente incluído na apólice de seguro;
o falecimento tenha decorrido de evento coberto pela apólice de seguro;
a cobertura do seguro não esteja suspensa por motivo de atraso no pagamento do prêmio (valor pago pelo seguro).

3. Padrão de contratação:

FAMILIAR

4. Serviços:

Serão prestados os seguintes serviços, não ultrapassando o limite de contratado.

Sepultamento ou cremação.
Aquisição ou Locação de jazigo por até 3 (três) anos.
Passagem aérea, em classe econômica, para 1 (um) membro da família.
Urna para o sepultamento.
Coroa de flores.
Traslado do corpo, exclusivamente no Brasil, dentro do limite contratado para o serviço.
Ornamentação de urna.
Velório e paramentos (castiçais e velas que acompanham a urna).
Mesa de condolências.
Registro de óbito.
Velório.
Carro funerário.
Veículo de aluguel com motorista.
Assessoria para formalidades administrativas.
Sepultamento de membros até o limite de R$ 1.500,00
Natimortos (serviço prestado somente para o plano de contratação familiar).

5. Não há serviço de assistência para:

Pagamento de despesas com exumação dos corpos que já estiverem no jazigo quando do sepultamento da pessoa coberta.
Atuação nas localidades onde a legislação não permitir que o serviço de Assistência Funeral intervenha.

6. Como acionar o serviço:
Os serviços de Assistência Funeral devem ser acionados pelos telefones: Central de Atendimento
0800 730 0011*
(de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

0800 730 0013
(deficiência auditiva ou de fala, 24h)
*Serviço de Assistência Funeral, 24h, todos os dias da semana.

Importante:

A seguradora se reserva o direito de solicitar, a qualquer momento, o atestado de óbito ou qualquer outro documento que julgue necessário.

Despesas superiores ao limite contratado serão de responsabilidade do responsável/representante do segurado.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL - MORTE ACIDENTAL

Estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado de Morte Acidental, em caso de morte decorrente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas, a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções, etc.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, 'Riscos excluídos", das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

a) acidente vascular cerebral.

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

Estão, ainda, expressamente excluídos da cobertura, os acidentes ocorridos em consequência de:

a) participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo em prestação de serviço militar ou de atos da humanidade em auxílio a outrem;

b) competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos;

c) direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;

d) lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões desta apólice de seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que provocou a morte do segurado.

6. Cessação da cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura” e 18.3 “Cessação da cobertura para os segurados dependentes” das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:

a) com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e venham a falecer em decorrência do acidente coberto.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;

b) cópia autenticada da certidão de óbito;

c) cópia do boletim de ocorrência policial completo, se houver registro;

d) cópia do laudo de necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal (IML);

e) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, emitido pelo IML em caso de acidente de trânsito; caso não tenha sido emitido, enviar declaração do órgão competente, informando o motivo da não emissão;

f) cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT) pela empresa, em caso de acidente de trabalho;

g) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;

h) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;

i) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;

j) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário;

k) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário.

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Os beneficiários estão em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de morte”, das condições gerais do seguro de vida coletivo.

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE PESSOAL

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1 São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura básica e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento de indenização até o valor do capital segurado contratado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro e que resulte em invalidez permanente total ou parcial do segurado, comprovada por declaração médica. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.

Após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a invalidez permanente no momento da alta médica definitiva, a seguradora indenizará de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela descrita a seguir:

Invalidez permanente	Evento	%sobre a importância segurada
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Parcial–diversos	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
Parcial – diversos	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial – membros superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9

	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo
Parcial – membros inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um dos quadris	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	Indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	de 4 (quatro) centímetros	10
	de 3 (três) centímetros	6
	Menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação da porcentagem prevista no plano 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 na base das porcentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

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.

Quando o mesmo acidente pessoal provocar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as respectivas porcentagens, cujo total não pode exceder 100% (cem por cento) do capital segurado para esta cobertura.

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder o percentual da indenização previsto para a perda total de tal membro ou órgão.

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão que já apresentava problemas/perda em suas funções antes do acidente pessoal deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro sem cobrança de prêmio adicional.

Se, depois que a indenização por invalidez permanente total por acidente pessoal for paga, ocorrer a morte do segurado ou nova caracterização de invalidez em consequência do mesmo acidente, a importância já indenizada será deduzida da indenização a ser paga.

A invalidez permanente deve ser comprovada por meio de declaração médica apresentada à seguradora. Não será aceita a aposentadoria por invalidez concedida por instituição oficial de previdência ou assemelhados como caracterização por si só do estado de invalidez permanente.

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos ou a outros exames complementares realizados por profissionais de sua indicação para comprovar o seu caráter permanente, sua extensão e grau de invalidez.

Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor a constituição de junta médica, nos termos da cláusula 21, "Junta médica", das condições gerais da apólice.

O pagamento do capital referente a essa cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**

a) **doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou lesão por esforço repetitivo (LER), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**

b) **a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente;**

c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER, DORT, LTC ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**

d) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como 'invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal, definido nas condições gerais.**

Estão ainda expressamente excluídos desta cobertura os acidentes pessoais ocorridos em consequência de:

a) **participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;**

b) **competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves ou veículos náuticos;**

c) **direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;**

d) **lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões das condições gerais, especiais e do contrato de seguro.**

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura será válida somente para o diagnóstico da invalidez em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto que provocou a invalidez permanente do segurado.

6. Cessação da cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, e 18.3, “Cessação da cobertura para os segurados dependentes”, das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:

a) com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e venham a ficar permanente inválidos, como consequência direta do acidente pessoal coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta cobertura.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir e observada a cláusula 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado, ou, na impossibilidade de preenchimento dele, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;

b) cópia do boletim de ocorrência policial, quando houver registro;

c) cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT) em caso de acidente de trabalho;

d) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;

e) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, se realizados;

f) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;

g) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;

h) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;

i) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou outro documento hábil que comprove o salário;

j) cópia do boletim hospitalar referente ao primeiro atendimento (data do acidente);

k) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

7.4. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiário

8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de Morte Acidental”, das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL - INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

Estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a cobertura básica de Morte, mediante solicitação do segurado, em caso de sua invalidez funcional permanente e total por doença, em consequência de doença que cause a perda de sua existência independente. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

2.2. Para fins desta cobertura, considera-se perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônomas do segurado.

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

a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;

b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, que não mais estejam inseridas em plano de tratamento direcionado à cura e ou ao controle clínico;

c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

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

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

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

g) deficiência visual, decorrente de doença:

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 o somatório 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) doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;

i) estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

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

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

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

Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por instrumento de avaliação de invalidez funcional (IAIF) (conforme modelo abaixo), atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro, a tabela de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estados conexos avalia, por meio de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

Tabela de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estados conexos

Atributos	**Escala**	**Pontos**
Relações do segurado com o cotidiano	1º grau O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação, deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau O segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio para locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e/ou de cognição.	10
Relações do segurado com o cotidiano	3º grau O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições clínicas e estruturais do segurado	1º grau O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º grau O segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médio constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e/	20

ou técnico.

Conectividade do segurado com a vida	1º grau O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar os dentes, pentear-se, barbear-se, banhar- se, enxugar-se mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos	00
	2º grau O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; realizar atos de higiene e de asseio pessoal; manter as necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau O segurado necessita de auxílio para realizar atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

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

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

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

O segundo documento, a “Tabela de dados antropométricos, fatores de risco e de morbidade”, valora cada uma das situações ali previstas.

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

Tabela de dados antropométricos, fatores de risco e de morbidade

Dados antropométricos, riscos interagentes e agravos mórbidos	**Pontuação**
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há índice de massa corporal (IMC) superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Existem mais de 2 (dois) fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica.	08

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.

A seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos do trabalho, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único e **o segurado deverá ser excluído da apólice.**

Não estando comprovada a invalidez funcional permanente e total por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das condições contratuais e, se houver, das condições especiais e do contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas, a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções, etc.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

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

b) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura será válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da caracterização da invalidez permanente, indicada na declaração médica.

5.3. A data da invalidez será considerada por médico que esteja assistindo ao segurado, ou na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Cessação da cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes" das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:

a) com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados cuja invalidez funcional permanente e total por doença tenha sido caracterizada na vigência da apólice, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nessa cobertura adicional;

b) com o pagamento da totalidade do capital segurado contratado para essa cobertura, devendo o segurado ser excluído imediatamente da apólice.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3, observada a cláusula 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;

b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;

c) cópia da carta de concessão de aposentadoria concedida pelo INSS, caso esteja aposentado por esse motivo;

d) declaração médica original contendo a data em que a doença foi diagnosticada e caracterizada como invalidez total;

e) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;

f) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário;

g) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

O segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e legitimação da invalidez funcional permanente e total por doença correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados ou providenciados pela seguradora.

As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

7.4. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de morte”, das condições gerais do seguro de vida coletivo.

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR - INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

Estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura suplementar e o pagamento do prêmio adicional correspondente garantem o pagamento do capital segurado contratado, no caso de morte, morte acidental ou invalidez permanente total ou parcial por acidente, desde que contratadas, do cônjuge do segurado titular, ocorridas durante ou decorrentes de eventos ocorridos durante a vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

2.2. Serão incluídos automaticamente, nas coberturas definidas nesta cláusula, os cônjuges dos segurados titulares que atendam às condições de aceitação para ingresso no seguro e as demais elencadas na respectiva cláusula, sendo o capital segurado fixado em percentual não excedente a 100% do capital da cobertura de morte do correspondente segurado titular, o qual é considerado o beneficiário do cônjuge.

2.3. A forma de contratação, bem como o adicional relativo ao custo desta cobertura, será determinada no contrato do seguro.

2.4. Equiparam-se a cônjuge, o(a) companheiro(a) do segurado titular, desde que efetivamente comprovada a união estável.

2.5. Para efeito desta cobertura, a indenização correspondente à Morte ou Morte Acidental do cônjuge será paga diretamente ao segurado titular e a indenização correspondente à cobertura de Invalidez por Acidente será efetuada diretamente ao próprio cônjuge do segurado titular.

2.6. As garantias para o cônjuge e/ou companheiro(a), incluído conforme esta cláusula suplementar, somente poderão ser contratadas se também previstas para o segurado titular, do qual o cônjuge e/ou companheiro(a) é segurado dependente.

2.7. As garantias contratadas por esta cláusula suplementar não se aplicam ao cônjuge e/ou companheiro(a) que tenha sido aceito como segurado titular no seguro.

2.8. Para todos os efeitos legais, o(a) companheiro(a) do segurado titular deve ser devidamente reconhecido na forma da lei.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas, a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções, etc.

3. Riscos excluídos

3.1. Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, 'Riscos excluídos", das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.

3.2. Deverão ser observados os riscos excluídos das coberturas de Morte, Morte Acidental e Invalidez Total ou Parcial por Acidente caso contratadas.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida de acordo com a sinistralidade da cobertura principal, conforme se segue:

a) Morte ou Morte Acidental: em todo o globo terrestre.

b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: a cobertura será válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Esta cobertura é válida de acordo com a sinistralidade da cobertura principal, para fins desta cobertura, considerar-se-á:

a) a data do óbito no caso de morte; ou

b) a data do acidente no caso de Invalidez Permanente por Acidente e Morte Acidental.

6. Cessação da cobertura

6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”, e 18.3, “Cessação da cobertura para os segurados dependentes” das condições gerais.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, conforme o caso, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos na cobertura principal.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados na cobertura principal, observada a cláusula 19 “Procedimento em caso de sinistro” das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) cópia autenticada da certidão de óbito;

b) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito ou documento correspondente em caso de companheiro(a);

c) relatório médico detalhado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;

d) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;

e) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário;

f) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

7.4. A indenização será paga ao segurado titular nos casos de Morte e Morte Acidental e ao cônjuge do segurado titular em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Para efeito deste seguro o beneficiário será sempre (i) o segurado titular, nos casos de Morte e Morte Acidental, e (ii) o próprio cônjuge do segurado titular nos casos de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, podendo a quitação ser dada por seus representantes legais no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado titular ou o cônjuge do segurado titular, conforme o caso, falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de morte”, das condições gerais do seguro de vida coletivo.

9. Cancelamento da cobertura desta cláusula suplementar

9.1 A cobertura desta cláusula suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:

a) quando ocorrer qualquer das situações previstas nas condições gerais para cancelamento ou não renovação da apólice, ou de cessação da cobertura de qualquer segurado;

b) no caso de o segurado titular ser excluído da apólice;

c) no caso de morte do segurado titular;

d) no caso de separação judicial ou divórcio;

e) no caso de desconstituição de união estável, quando se tratar de companheiro(a);

f) por solicitação do segurado titular; e,

g) por solicitação do estipulante, por escrito.

10. Disposições gerais

10.1 Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA SUPLEMENTAR - INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS

Estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura suplementar e o pagamento do prêmio adicional correspondente garantem o pagamento do capital segurado contratado, no caso de morte e/ou morte acidental do filho do segurado titular, considerado dependente nos termos previstos no regulamento do imposto de renda e/ou Previdência Social, desde que contratadas e ocorrida durante a vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

2.2. Serão incluídos automaticamente, nas coberturas definidas nesta cláusula, os filhos, enteados ou menores considerados dependentes do segurado titular e comprovado na forma da lei.

2.3. Quando ambos os cônjuges forem segurados do grupo segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependente daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado titular para efeito desta cobertura.

2.4. O capital segurado correspondente será estabelecido em percentual não superior a 100% do segurado titular, o qual será o beneficiário do seguro.

2.5. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios.

2.6 Incluem-se entre as despesas com funeral:

a) sepultamento ou cremação;

b) aquisição ou locação de jazigo por até 3 (três) anos;

c) passagem aérea, em classe econômica, para 1 (um) membro da família;

d) urna para o sepultamento;

e) coroa de flores;

f) traslado do corpo, exclusivamente no Brasil;

g) ornamentação de urna;

h) velório e paramentos (castiçais e velas que acompanham a urna);

i) mesa de condolências;

j) registro de óbito;

k) carro funerário;

l) veículo de aluguel com motorista;

m) assessoria para formalidades administrativas.

2.7. O adicional relativo ao custo desta cobertura será determinado no contrato do seguro.

2.8 Esta cláusula suplementar deve ser contratada expressamente pelo segurado titular, e essa contratação só poderá ser feita com a inclusão automática de todos os filhos do segurado titular enquadrados como segurado dependente na definição desta cláusula suplementar.

2.9 As garantias contratadas para o segurado dependente serão aquelas definidas nas condições contratuais e no certificado de seguro.

2.10 Para efeitos desta cobertura, a indenização correspondente à morte do segurado dependente será paga diretamente ao segurado titular.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas, a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções, etc.

3. Riscos excluídos

3.1. Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.

3.2. Deverão ser observados os riscos excluídos das coberturas Morte e Morte Acidental, caso contratadas.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do óbito do filho do segurado titular.

6. Cessação da cobertura

6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes" das condições gerais.

6.2. Além das hipóteses previstas na cláusula 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes" das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem essas condições, cessa ainda com o cancelamento da cobertura suplementar de inclusão de filhos.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado titular ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos na cobertura principal.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados na cobertura principal, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) cópia autenticada da certidão de óbito do(a) filho(a);

b) relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico que assistiu o filho;

c) formulário de autorização para crédito em conta do segurado titular, devidamente preenchido e assinado;

d) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;

e) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário.

7.4. A indenização será paga ao segurado titular de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Para efeito deste seguro o beneficiário será sempre o segurado titular, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade

com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de morte”, das condições gerais do seguro de vida coletivo.

9. Cancelamento da cobertura desta cláusula suplementar

9.1 A cobertura desta cláusula suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:

a) quando ocorrer qualquer das situações previstas nas condições gerais para cancelamento ou não renovação da apólice, ou de cessação da cobertura de qualquer segurado;

b) no caso do segurado titular ser excluído da apólice;

c) no caso de morte do segurado titular;

d) no caso de cessação da condição de dependente do segurado titular previsto na forma da lei;

e) por solicitação do segurado titular;

f) por solicitação do estipulante, por escrito;

g) quando for cancelada a cláusula suplementar de inclusão automática de cônjuge; e

h) quando for cancelada a cláusula suplementar de inclusão de filhos.

10. Disposições gerais

10.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL - AUXÍLIO CESTA BÁSICA

Estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento do capital segurado contratado para suporte nas despesas com cestas básicas, no caso de morte do segurado titular. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas, a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções, etc.

3. Riscos excluídos

3.1. Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais deste seguro, ficando os beneficiários sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do segurado titular.

6. Cessação da cobertura

6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes" das condições gerais.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) cópia autenticada da certidão de óbito;

b) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;

c) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

7.4. A indenização será paga aos beneficiários de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Os beneficiários estão em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de morte”, das condições gerais do seguro de vida coletivo.

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.