

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO EMPRESARIAL PREVISUL

1 OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1 O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), no caso de ocorrência de evento coberto pelas garantias contratadas, **exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Gerais e Contratuais do Seguro.**

2 DEFINIÇÕES

- 2.1 **Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado ou torne necessário o tratamento médico e/ou hospitalar do mesmo, observando-se que:

2.1.1 Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.2 **Excluem-se desse conceito:**

- a) **as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**

- d) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.**

- 2.2 **Âmbito Geográfico de Cobertura:** é a delimitação física da(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.
- 2.3 **Apólice:** é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a celebração do Contrato de Seguro Coletivo.
- 2.4 **Beneficiário:** é a pessoa designada pelo Segurado para receber a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado. O Segurado poderá designar, caso não exista impedimento legal, mais de um Beneficiário.
- 2.5 **Capital Segurado:** é a importância máxima a ser paga ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) em função do valor estabelecido, vigente na data do evento, para as garantias Básica de Morte (GBM), Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial (IPA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Assistência Funeral (AF), Rescisão Contratual por Morte (RCM), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Doenças Congênitas dos Filhos (DCF) contratadas.
- 2.6 **Carência:** é o período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, **durante o qual o Segurado não terá direito à integralidade da(s) garantia(s) contratual(is)**, sendo inexistente em caso de acidente pessoal.
- 2.7 **Certificado Individual:** é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação ou renovação do Seguro, informa o prazo de vigência da cobertura individual, o valor do Capital Segurado e o prêmio total do Seguro.
- 2.8 **Condições Contratuais:** é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.
- 2.9 **Condições Gerais:** são as cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo os direitos e deveres do Segurado, da Seguradora, dos beneficiários e do Estipulante.
- 2.10 **Contrato:** é o 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.
- 2.11 **Consignante:** é a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento, em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios a serem pagos pelos segurados.
- 2.12 **Declaração Pessoal de Saúde e Atividades:** é o questionário **que deverá ser respondido de próprio punho pelo Proponente**, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado.

- 2.13 **Diária Segurada:** é a importância a ser paga ao Segurado em função do valor estabelecido para as garantias adicionais de Diárias por Internação Hospitalar em decorrência de Acidente Pessoal (DIHA) e Diárias por Internação Hospitalar (DIH), vigente na data do evento.
- 2.14 **Doença:** é o evento decorrente da perturbação da condição de saúde do Segurado, caracterizada por intermédio de um processo mórbido que torne necessária a sua internação hospitalar ou tratamento médico, **não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.**
- 2.15 **Doença Congênita:** são as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por más formações anatômicas, presentes no nascimento, diagnosticadas e comprovadas como congênitas, por uma declaração de médico especialista, sejam quais forem as suas causas.
- 2.16 **Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes:** são as doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas conseqüências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação, e que não tenha sido declarada na Declaração Pessoal de Saúde e Atividades.
- 2.17 **Estipulante:** é a pessoa natural ou jurídica que administra a Apólice e representa os segurados perante a Seguradora, tendo suas obrigações definidas nas Condições Gerais do Seguro.
- 2.18 **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.
- 2.19 **Excedente Técnico:** é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período.
- 2.20 **Filho Legítimo:** é o filho do Segurado devidamente comprovada a maternidade ou paternidade pelo registro na Certidão de Nascimento.
- 2.21 **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de sinistro à Seguradora.
- 2.22 **Franquia:** é o período de tempo que não será considerado para o cálculo da indenização devida por uma determinada garantia do Seguro.
- 2.23 **Garantias:** são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto contratado.
- 2.24 **Grupo Segurado:** é constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido aceitos como Segurados, desde que já tenha iniciado a vigência da cobertura individual.
- 2.25 **Grupo Segurável:** é o conjunto de pessoas que mantém vínculo com o Estipulante.
- 2.26 **Hospital/Clínica:** é o estabelecimento legalmente autorizado para funcionar como tal e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro diplomado, possuindo serviço de enfermagem, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas do dia.

- 2.27 **Indenização:** é o valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), correspondente ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado.
- 2.28 **Internação Hospitalar:** para fins deste Seguro, caracteriza-se como o período de tempo mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança pelo hospital/clínica de uma Diária Hospitalar. Em casos de hospitais gratuitos, deverá ser apresentado a documentação que comprove a internação hospitalar.
- 2.29 **Liquidação do Sinistro:** é o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.
- 2.30 **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**
- 2.31 **Modalidades de Plano:** indicam a forma de contratação da garantia de Assistência Funeral (AF), no que diz respeito à abrangência do mesmo com relação aos segurados principais e segurados dependentes, podendo ser estabelecida na condição de plano Individual, Casal ou Familiar.
- 2.32 **Padrão de Serviço:** representa a composição dos serviços contratados para a Assistência Funeral, desdobrados nos padrões Nobre, Luxo e Superluxo.
- 2.33 **Prêmio:** é o valor que o Segurado Principal e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) garantia(s) contratada(s).
- 2.34 **Proponente:** é a pessoa que propõe sua adesão ao Seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.
- 2.35 **Proposta de Adesão:** é o instrumento mediante o qual o Proponente expressa a intenção de participar do Seguro, **especificando seus dados cadastrais e manifestando pleno conhecimento e concordância com as regras estabelecidas nas respectivas Condições Contratuais.**
- 2.36 **Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.
- 2.37 **Regime Financeiro de Repartição Simples:** é aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações neste mesmo período.
- 2.38 **Reintegração do Capital Segurado:** é a recomposição do Capital Segurado após a liquidação do sinistro.
- 2.39 **Riscos Excluídos:** são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.
- 2.40 **Segurado:** é o Proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.
- 2.41 **Seguradora:** é a Companhia de Seguros Previdência do Sul, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

- 2.42 **Serviço de Assistência Funeral:** é o rol de procedimentos necessários à realização do funeral e do traslado do corpo do Segurado, obedecido os limites e as condições estabelecidas nas Condições Gerais e no Contrato de Seguro. Não sendo a Seguradora especialista na execução e prestação dos serviços de Assistência Funeral, tais como sepultamento e serviços correlatos, ela providenciará os mesmos por intermédio de terceiros que poderão prestá-los através de convênio ou não.
- 2.43 **Sinistro:** é a ocorrência de um evento coberto previsto contratualmente.
- 2.44 **Vigência do Seguro:** é o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.
- 2.45 **Vigência da Cobertura Individual:** é o período em que o Segurado está coberto pela(s) garantia(s) deste Seguro.

3 GARANTIAS DO SEGURO

- 3.1 As garantias do Seguro dividem-se em básica e adicionais, **sendo que o Seguro não pode ser contratado sem ao menos uma das garantias básicas.**
- 3.2 Garantias Básicas:
- 3.2.1 Garantia Básica de Morte (GBM): é a garantia do pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em decorrência do evento morte do Segurado, ocorrido durante a vigência do Seguro.
- a) Para os menores de 14 (quatorze) anos, **esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral**, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que se incluem entre as despesas com funeral as havidas com o traslado **e não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**
- 3.2.2 Morte Acidental (MA): é a garantia do pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do Segurado ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do Seguro.
- a) Para os menores de 14 (quatorze) anos, **esta garantia destina-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral**, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que se incluem entre as despesas com funeral as havidas com o traslado **e não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**
- 3.2.3 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): é a garantia do pagamento de uma Indenização ao próprio Segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste Seguro.
- a) Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta

médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, **conforme Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente, anexa às presentes Condições Gerais.**

- b) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a **indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).**
- c) Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado.
- d) Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, **cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).** Da mesma forma, **havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a da indenização prevista para sua perda total.**
- e) **Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.**
- f) **A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica.**
 - f.1) **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta garantia.**
- g) **A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).**
- h) **A indenização por Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam.** Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.
- i) **A garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) será cancelada quando houver o pagamento por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD). Assim como a garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) será cancelada em caso de invalidez permanente total por acidente.**

3.2.4 Assistência Funeral (AF): é a garantia do pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), caso o Segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência do Seguro. Por opção do(s) Beneficiário(s) do Segurado, a garantia de Assistência Funeral **poderá ser substituída** pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, sendo

estabelecida em função do respectivo “Padrão de Serviço” subscrito na contratação, conforme segue:

- a) **Transporte ou Repatriamento do Segurado:** No caso de falecimento do Segurado, o serviço de Assistência Funeral tratará da liberação do corpo, seja em hospital, necrotério ou qualquer outro local, no Brasil, garantindo o pagamento das despesas de transporte desde o local do óbito e/ou preparação do corpo, até o local de sepultamento no seu município de domicílio, no Brasil, incluindo-se os gastos para o fornecimento da urna funerária para transporte terrestre, ou urna específica (zincada) para traslados aéreos necessária para este transporte.
 - a.1) O traslado do corpo será feito independentemente do local onde seja liberado o corpo (qualquer parte do mundo).
 - a.2) Caso a família opte por fazer o sepultamento em outra localidade que não o município de domicílio do Segurado, esta deverá arcar com os custos referentes ao traslado do corpo, desde o local do evento até o município de sepultamento, onde o serviço de Assistência Funeral tomará as demais providências.
- b) **Assistência ao Sepultamento ou Cremação:** No caso de falecimento do Segurado, o serviço de Assistência Funeral garantirá, de acordo com o limite do Capital Segurado e o Padrão de Serviço estipulado na Apólice, a prestação dos serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) conforme descrição abaixo:
 - b.1) Urna ornamentada;
 - b.2) Remoção e preparação do corpo para acomodação em urna;
 - b.3) Carro funerário para enterro (no município de moradia habitual do Segurado);
 - b.4) Serviço assistencial, incluindo-se neste o fornecimento de livro de registro de presenças e o Registro de Óbito;
 - b.5) Taxa de sepultamento ou cremação (onde existir este serviço);
 - b.6) Mesa de condolências, incluindo castiçais, velas, suporte para urna, esplendor;
 - b.7) Velório ou capela mortuária;
 - b.8) Enfeite floral e 2 (duas) coroas de flores;
 - b.9) Aluguel de jazigo nos casos em que a família do “de cujus” não dispuser de local para sepultamento. O serviço de Assistência Funeral se encarregará pela locação de um jazigo, por um período máximo de 3 (três) anos a contar da data do falecimento. Esta garantia estará sujeita as condições e disponibilidades locais.
- c) A garantia de Assistência Funeral (AF) poderá ser contratada nas seguintes modalidades:
 - c.1) **Plano Individual:** a garantia é exclusiva do Segurado Principal.
 - c.2) **Plano Casal:** a garantia é do Segurado Principal e extensiva, na condição de Segurado Dependente, ao seu Cônjuge/Companheiro(a).
 - c.3) **Plano Familiar:** a garantia é do Segurado Principal e extensiva, na condição de Segurado Dependente, ao seu Cônjuge/Companheiro(a) e aos seus filhos dependentes, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.
- d) **Os serviços de Assistência Funeral serão prestados de acordo com o limite de Capital Segurado e o Padrão de Serviço contratado. Na hipótese dos valores**

excederem o limite de Capital Segurado, a diferença será de responsabilidade dos familiares do Segurado.

3.3 Garantias Adicionais:

3.3.1 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): é a garantia da antecipação do pagamento de **um percentual** da Garantia Básica de Morte (GBM) em caso de invalidez funcional permanente total por doença do Segurado, em consequência de doença que cause a perda de sua Existência Independente.

- a) O percentual da Garantia Básica que será antecipado em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença do Segurado será definido no Contrato de Seguro.
- b) **Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez por doença, se o percentual previsto para a garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) for igual a 100% da Garantia Básica de Morte (GBM), o Seguro será automaticamente cancelado.**
- c) **Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez por doença, se o percentual previsto para a garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) for inferior a 100% da Garantia Básica de Morte (GBM), o Seguro continuará vigorando somente com a Garantia Básica de Morte (GBM), com o Capital Segurado deduzido do valor indenizado para Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e, caso contratada, com a garantia de Morte Acidental (MA).**
- d) **A garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) será cancelada quando houver o pagamento por invalidez permanente total por acidente. Assim como a garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) será cancelada em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).**
- e) **A partir do momento em que a garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) for extinta, o prêmio do Seguro será recalculado em função do valor do Capital Segurado das garantias remanescentes. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.**
- f) A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, **que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.** O Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 17.3.6.
- g) Para fins desta garantia, **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:**

- g.1) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- g.2) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- g.3) 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;
- g.4) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
- g.5) Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- g.6) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g.7) Deficiência visual decorrente de cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- g.8) Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- g.9) Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
- g.10) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), **desde que atestado por profissional legalmente habilitado;**
- g.11) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- g.12) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;
- g.13) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- h) Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos **desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF**, a ser fornecido pela Seguradora quando do aviso do sinistro, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- i) **A invalidez funcional permanente deve ser comprovada através de declaração médica.**
 - i.1) **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico**

Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

- i.2) **A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.**

3.3.2 Diárias por Internação Hospitalar (DIH): é a garantia de pagamento de uma Diária Segurada ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante da Proposta de Adesão, para cada dia de internação hospitalar do mesmo, em consequência de doença ou de acidente pessoal. **Esta garantia está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitados os prazos de carência e de franquia previstos nos itens 6 e 7.**

3.3.3 Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA): é a garantia do pagamento de uma Diária Segurada ao próprio Segurado, de acordo com o valor contratado, **para cada dia de internação hospitalar desse. Estarão cobertas somente as internações hospitalares decorrentes de acidente pessoal ocorrido durante a vigência do Seguro, desde que iniciadas em até 30 (trinta) dias da data do acidente.**

- a) Esta garantia **está limitada ao pagamento de, no máximo, 180 (cento e oitenta) diárias por evento**, respeitado o prazo de franquia previsto no item 7 destas.

a.1) **Pelo mesmo acidente, as diárias indenizadas não poderão superar o limite de 180 (cento e oitenta) dias.**

a.2) A contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.

- b) Caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s).

b.1) O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.

b.2) Na falta de indicação do(s) Beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, a(s) Diária(s) Segurada(s) será(ão) paga(s) por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

b.3) Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

3.3.4 Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO): é a garantia do reembolso das despesas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente. **A Seguradora indenizará por evento as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares, incluídas a**

critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, até o valor contratado para a referida garantia.

- a) **Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:**
 - a.1) **estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes; e**
 - a.2) **aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**
- b) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

3.3.5 Rescisão Contratual por Morte (RCM): é a garantia do pagamento do Capital Segurado ao Beneficiário, referente às despesas efetuadas com a rescisão do contrato de trabalho desde que devidamente comprovadas, em decorrência do evento morte do Segurado, ocorrido durante a vigência do Seguro.

- a) O Beneficiário será o Estipulante da Apólice, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do Segurado.
- b) Não serão cobertos os falecimentos em decorrência de acidentes de trabalho, salvo se o Estipulante comprovar a isenção de culpabilidade direta ou indireta.
- c) O valor da indenização será limitado ao Capital Segurado contratado, independentemente do valor total das verbas rescisórias em função do falecimento do Segurado.

3.3.6 Doenças Congênitas dos Filhos (DCF): é a garantia do pagamento do Capital Segurado ao Segurado, em razão do nascimento de filho legítimo, com vida, portador de doença congênita, desde que diagnosticada e comprovada até o 6º (sexto) mês posterior ao nascimento.

- a) Para fins deste Seguro, serão consideradas como doenças congênitas as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por más formações anatômicas, presentes no nascimento, diagnosticadas e comprovadas como congênitas, por uma declaração de médico especialista, sejam quais forem as suas causas.
- b) **A doença congênita deve ser comprovada por documentação médica pertinente até o 6º (sexto) mês após o dia do nascimento do filho, devendo, ainda, ser reconhecida pela Seguradora.**
- c) **Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatado a doença para ambos os filhos, o Capital Segurado a ser indenizado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.**
- d) **O Segurado Principal compromete-se a submeter o filho à perícia média, caso seja necessário e desde que requerido pela Seguradora.**

4 RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 **Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:**

- 4.1.1 de doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão, exceto para os casos de contratação da garantia de Doenças Congênitas dos Filhos (DCF) desde que ainda não diagnosticadas quando da contratação do Seguro;
 - 4.1.2 de ato ilícito doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro; e no caso de 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;
 - 4.1.3 do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - 4.1.4 de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
 - 4.1.5 de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
 - 4.1.6 de atos terroristas;
 - 4.1.7 do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual;
 - 4.1.8 de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - 4.1.9 de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
 - 4.1.10 de choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto; e
 - 4.1.11 de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
 - 4.1.12 do parto ou aborto e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto; e
 - 4.1.13 de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.
- 4.2 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos das garantias de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) os eventos ocorridos em consequência:
- 4.2.1 de qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, 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;

4.2.2 de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.

4.3 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1 e 4.2, estão também expressamente excluídos da garantia de Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA) os eventos ocorridos em consequência:

4.3.1 de cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos na vigência do Seguro;

4.3.2 de tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;

4.3.3 de tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas ou atos ilícitos devidamente comprovados;

4.3.4 de tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;

4.3.5 de lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoal coberto;

4.3.6 de internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadas pela expressão “acidentes vasculares cerebrais”; e

4.3.7 de procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório.

4.4 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos da garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os eventos abaixo especificados:

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

4.4.2 a invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;

4.4.3 os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);

- 4.4.4 as doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo pregresso;
 - 4.4.5 as doenças agravadas por traumatismos;
 - 4.4.6 as doenças nas quais se documente alguma interação e ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e ou a posturas viciosas;
 - 4.4.7 os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da Existência Independente do Segurado; e
 - 4.4.8 toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no item 3.3.1g).
- 4.5 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos da garantia de Diária por Internação Hospitalar (DIH), mesmo que resultantes de Acidente Pessoal, as internações hospitalares objetivando a realização de:
- 4.5.1 de qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas conseqüências;
 - 4.5.2 de ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);
 - 4.5.3 de tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas conseqüências;
 - 4.5.4 de cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;
 - 4.5.5 de tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas conseqüências (em portador soropositivo);
 - 4.5.6 de diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;
 - 4.5.7 de tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas conseqüências;
 - 4.5.8 de tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;
 - 4.5.9 de qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;
 - 4.5.10 de tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas conseqüências;
 - 4.5.11 de tratamento odontológico e ortodontológico, mesmo que em conseqüência de acidente pessoal;
 - 4.5.12 de tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas conseqüências;
 - 4.5.13 de tratamento decorrente de acidentes, lesões, doenças e quaisquer eventos relacionados ao uso ou dependência de álcool ou drogas, tentativa de suicídio ou atos ilícitos devidamente comprovados;

- 4.5.14 **de tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;**
- 4.5.15 **de tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;**
- 4.5.16 **de internação domiciliar;**
- 4.5.17 **de procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório; e**
- 4.5.18 **de investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação.**
- 4.6 **Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos da garantia de Doenças Congênitas dos Filhos (DCF):**
 - 4.6.1 **Doenças que não observem o conceito de doenças congênitas definido nestas Condições Gerais;**
 - 4.6.2 **Eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período de gestação;**
 - 4.6.3 **Defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;**
 - 4.6.4 **Defeitos congênitos decorrentes pelo mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde; e**
 - 4.6.5 **Natimortos.**
- 4.7 Os riscos excluídos previstos nos itens 4.1.4 e 4.1.11 não se aplicam aos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1 As garantias do Seguro previstas nestas Condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6 CARÊNCIA

- 6.1 O período de carência, quando previsto, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, sendo estabelecido nas Condições Contratuais, na Apólice e na Proposta de Adesão.
 - 6.1.1 O período de carência não excederá metade do prazo de vigência previsto na Apólice.
 - 6.1.2 O período de carência estabelecido poderá ser de, no máximo, 2 (dois) anos.
- 6.2 Não haverá a incidência de carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, **exceto para o caso de suicídio que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses**, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

- 6.3 O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido nestas Condições Gerais.

7 FRANQUIA

- 7.1 **As garantias de Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA) e Diárias por Internação Hospitalar (DIH) estão sujeitas à franquia de 1 (um) dia, ou seja, somente estarão cobertas pelo Seguro as internações hospitalares efetivadas a partir, inclusive, do segundo dia da respectiva internação hospitalar.**

8 CONTRATAÇÃO DO SEGURO

- 8.1 O Seguro deverá ser contratado mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação pelo Proponente Estipulante, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado.
- 8.2 Recebida Proposta de Contratação pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Contratação por escrito ao Proponente Estipulante, o Seguro considera-se aceito.
- 8.2.1 Não serão recepcionadas Propostas de Contratação com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.
- 8.2.2 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise da Proposta de Contratação.
- 8.3 **A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar do Proponente Estipulante, apenas uma vez, a documentação que achar necessária. Nestes casos, o prazo previsto no item 8.2 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.**
- 8.4 A não aceitação da Proposta de Contratação será comunicada ao Proponente Estipulante por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Contratação.
- 8.5 Após a aceitação da Proposta de Contratação a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro, em nome do Estipulante, com a indicação das garantias contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao Seguro contratado.

9 INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 9.1 A inclusão de possíveis segurados principais é feita por adesão ao Seguro, conforme especificado no Contrato de Seguro:
- 9.1.1 Adesão compulsória, quando o Seguro vier a abranger todo o grupo segurável; ou
- 9.1.2 Adesão facultativa, quando o Seguro vier a abranger somente os componentes do grupo segurável que desejarem ingressar na Apólice.

- 9.2 Poderão ser incluídos no Seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.
- 9.2.1 Na Proposta de Adesão constará uma cláusula na qual os proponentes declaram ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais do Seguro.
- 9.3 A critério da Seguradora, poderão ser aceitos, após análise da Proposta de Adesão, os componentes do grupo segurável que satisfizerem as condições estabelecidas no Contrato assinado com o Estipulante.
- 9.4 Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, o Seguro considera-se aceito.
- 9.4.1 Não serão recepcionadas Propostas de Adesão com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.
- 9.4.2 Caberá à Seguradora fornecer ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 9.5 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco e da Proposta de Adesão.
- 9.6 **A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar, uma única vez, que o Proponente apresente laudos médicos e/ou exames médico/laboratoriais e/ou se submeta à realização de exames médico/laboratoriais por profissionais por ela indicados. Nestes casos, o prazo previsto no item 9.4 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.**
- 9.7 A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada ao proponente por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Adesão.
- 9.8 Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio da Proposta de Adesão.
- 9.9 A cada Segurado incluído no Seguro será enviado um Certificado Individual.
- 9.10 O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

10 COBERTURA SUPLEMENTAR PARA SEGURADOS DEPENDENTES

- 10.1 Quando previsto no Contrato de Seguro, poderão ser incluídos no Seguro, como segurados dependentes, os cônjuges e/ou filhos do Segurado Principal.
- 10.2 Conforme especificado no Contrato de Seguro, a inclusão de cônjuge e/ou filhos no Seguro poderá ser feita das seguintes formas:
- 10.2.1 Adesão Automática, quando abranger os cônjuges e/ou filhos de todos os segurados principais; ou

- 10.2.2 Adesão Facultativa, quando abranger os cônjuges e/ou filhos dos segurados principais que assim o autorizarem.
- 10.3 Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos segurados principais, se ao tempo do Contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 10.4 Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal.
- 10.5 **Quando ambos os cônjuges forem segurados principais do mesmo grupo segurado, os filhos poderão ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal.**
- 10.6 **O Capital Segurado do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato de Seguro.**
- 10.7 **O Capital Segurado dos filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato de Seguro.**
- 10.8 **Os prêmios relativos aos segurados dependentes serão pagos pelo Segurado Principal junto com os prêmios de suas próprias garantias.**
- 10.9 **As condições para cessação da cobertura individual dos segurados dependentes estão definidas no item 21.5 destas.**

11 VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 11.1 A vigência da Apólice, bem como a vigência das coberturas individuais, serão especificadas no Contrato de Seguro.
- 11.1.1 O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão ou de outra data acordada entre a Seguradora e o Estipulante, sendo esta ratificada no Contrato de Seguro e no Certificado Individual.
- 11.1.2 As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
- 11.1.3 **O presente 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 do Contrato de Seguro.**
- 11.2 A renovação da Apólice, que não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, poderá ser realizada de forma expressa e por intermédio do Estipulante.
- 11.2.1 A renovação automática do Seguro poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.
- 11.2.2 **A renovação automática não se aplica para os casos em que o Estipulante comunique, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.**

- 11.3 Quando da renovação da Apólice ou durante a vigência do Seguro, qualquer modificação ocorrida na Apólice, deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Estipulante ou de seu representante legal, ratificada pelo correspondente endosso, sendo que se essa alteração implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, dependerá de anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 11.4 O desinteresse pela renovação da Apólice, ao fim do período de vigência, deverá ser comunicado pela Seguradora ou pelo Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência, salvo disposição contrária constante do Contrato de Seguro.
- 11.5 Será enviado novo Certificado Individual aos segurados em cada uma das renovações do Seguro.

12 PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 12.1 O custeio do Seguro poderá ser:
- 12.1.1 Contributário, em que os segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente; ou
- 12.1.2 Não contributário, em que os segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante.
- 12.2 O prêmio do Seguro poderá ser pago nas formas à vista, mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral e anual, não havendo incidência de juros sobre as mesmas, sendo apurado mediante a simples divisão do prêmio pelo número de parcelas acordadas.
- 12.3 Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, **ficando este responsável por seu repasse à Seguradora**, conforme as Condições estabelecidas no Contrato de Seguro. O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não prejudicará o Segurado.
- 12.4 **É expressamente vedado ao Estipulante e à Seguradora o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do Seguro.** Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio. **É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.**
- 12.5 **Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do Segurado por escrito.**
- 12.6 Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir com feriado bancário ou final de semana, o pagamento poderá ser efetuado, sem atualização e os juros previstos no item 12.8, no primeiro dia útil subsequente.
- 12.7 Servirão como comprovante de pagamento dos prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

- 12.8 **Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez, atualizados pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data do vencimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento, e acrescidos ainda de juros de 12% a.a. (doze por cento ao ano).**
- 12.8.1 **Após dois prêmios, consecutivos ou alternados, devidos e não pagos, o Seguro será cancelado conforme previsto no item 20.1.**
- 12.9 Os tributos incidentes sobre a contratação do seguro serão recolhidos na forma da Lei.

13 ATUALIZAÇÃO DOS CAPITAIS SEGURADOS, DIÁRIAS SEGURADAS E PRÊMIOS

- 13.1 **Os Capitais Segurados, as Diárias Seguradas e os prêmios serão atualizados a cada aniversário do Seguro com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.**
- 13.1.1 **Nas apólices de Seguro onde os Capitais Segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão atualizados conforme a variação dos salários, no momento em que o Estipulante comunicar à Seguradora.**
- 13.2 Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.
- 13.3 **Caso o Segurado deseje aumentar espontaneamente o(s) seu(s) Capital(is) Segurado(s), a parcela do aumento estará sujeita a subscrição de uma nova Proposta de Adesão. Para tanto, a parcela do referido aumento será considerada como um Seguro Novo, cuja aprovação dependerá de prévia apreciação por parte da Seguradora.**
- 13.4 A atualização monetária não se aplica às apólices com vigência inferior a um ano.
- 13.5 Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por Morte Acidental (MA) ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) serão atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) até a data de ocorrência do sinistro, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

14 RECÁLCULO DA(S) TAXA(S) DO SEGURO

- 14.1 A Seguradora efetuará avaliações anuais, na data estabelecida no Contrato de Seguro, da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da Apólice e nos prêmios efetivamente recebidos.

14.1.1 Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da Apólice, **desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da Apólice e observando o disposto no item 11.3.**

14.2 **Alterações em periodicidades diferentes poderão ser feitas desde que previstas nas Condições Contratuais do Seguro.**

15 DATA DO EVENTO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

15.1 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

15.1.1 nas garantias Básica de Morte (GBM), Assistência Funeral (AF) e Rescisão Contratual por Morte (RCM), a data do falecimento;

15.1.2 nas garantias de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA), a data do acidente;

15.1.3 na garantia de Indenização por Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD), a data consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo;

15.1.4 na garantia de Diárias por Internação Hospitalar (DIH), a data da internação hospitalar; e

15.1.5 na garantia de Doenças Congênitas dos Filhos (DCF), a data de nascimento do filho com doença congênita.

15.2 A reintegração do Capital Segurado ou Diária Segurada relativo às garantias de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e de Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA) é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

15.3 A reintegração do Capital Segurado da garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) somente será reintegrado em caso de invalidez parcial, sem cobrança de prêmio adicional. No caso de invalidez total, a referida garantia será automaticamente cancelada.

15.4 A reintegração da Diária Segurada relativa a garantia Diárias por Internação Hospitalar (DIH) é automática após cada internação, sem cobrança de prêmio adicional.

15.5 O Capital Segurado da garantia de Doenças Congênita dos Filhos (DCF) não é reintegrado automaticamente após o nascimento de um filho com doença congênita. Após o pagamento integral do Capital Segurado da garantia, esta é automaticamente cancelada e o Seguro permanece vigente com as demais garantias contratadas, tendo o prêmio recalculado em função do Capital Segurado das garantias remanescentes.

16 BENEFICIÁRIO(S)

- 16.1 O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) pelo Segurado, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada pelo Segurado.
- 16.1.1 Na falta de indicação do Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.
- 16.1.2 Na falta de indicação de beneficiários será observada a gradação legal.
- 16.1.3 Uma pessoa jurídica só poderá ser Beneficiário do Seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.
- 16.2 Para as garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Funcional Total por Doença (IFPD), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias por Internação Hospitalar (DIH), Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA) e Doenças Congênitas dos Filhos (DCF) o próprio Segurado será o Beneficiário.
- 16.2.1 Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito observando o disposto no item 16.1.1.
- 16.3 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), serão pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.
- 16.4 Para a garantia de Rescisão Contratual por Morte (RCM), o Beneficiário será o Estipulante da Apólice, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do Segurado.
- 16.5 Para a garantia de Assistência Funeral (AF), quando o(s) Beneficiário(s) optar(em) pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, a Seguradora, por não ser especialista na execução e prestação do Serviço de Assistência Funeral, providenciará os mesmos através de terceiros, mediante convênio ou de tratativas caso a caso, conforme disposto no item 18.
- 16.5.1 Quando prestado o serviço de Assistência Funeral, não será indenizado qualquer Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) do Segurado.
- 16.5.2 Quando o(s) Beneficiário(s) não optar(em) pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, o Capital Segurado a ser indenizado será pago observando-se o disposto neste item.
- a) Se apresentadas as notas fiscais originais relativas às despesas com o funeral do Segurado falecido, o valor total dessas despesas será indenizado, **até o limite do Capital Segurado vigente na data do evento**, ao responsável pelo pagamento das mesmas, cujo nome e CPF deverão estar devidamente especificados na nota fiscal.
- b) Observando o disposto no item a), **caso o valor total das notas fiscais apresentadas seja inferior ao valor do Capital Segurado vigente na data do evento**, a diferença entre esses dois valores será indenizada ao(s) beneficiário(s) definido(s) conforme a Legislação em vigor.

- c) Se não forem apresentadas as notas fiscais originais relativas às despesas com o funeral do Segurado falecido **em até 20 (vinte) dias da habilitação do primeiro beneficiário**, o Capital Segurado vigente na data do evento será indenizado ao(s) beneficiário(s) definido(s) conforme a Legislação em vigor.

16.6 Após indenizado o Capital Segurado ao(s) beneficiário(s) definido(s) conforme a Legislação em vigor não será devida qualquer indenização ao responsável pelo pagamento das despesas com o funeral do Segurado falecido, mesmo que apresentadas as notas fiscais originais correspondentes.

17 COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

17.1 Em caso de sinistro, o Estipulante, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar inequivocadamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados no item 17.3.

17.1.1 Na garantia de Assistência Funeral (AF), tendo sido feita opção pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, o(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito ao recebimento do Capital Segurado.

- a) Em caso de opção pelo pagamento do Capital Segurado, o(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados nos item 17.3.

17.2 O prazo para pagamento da indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega, pelo Estipulante, Segurado ou Beneficiário, da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida no item 17.3 destas Condições Gerais.

17.2.1 Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar nova documentação. Neste caso, a contagem do prazo para o pagamento da indenização será suspensa e voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências solicitadas.

17.3 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

17.3.1 Em caso de morte não decorrente de acidente pessoal:

- a) formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo seu preposto/Beneficiário e pelo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;
- e) certificado de seguro;

- f) declaração de filhos firmada em cartório e assinada por duas testemunhas, informando quantos e quais são os filhos do segurado, se os filhos forem beneficiários;
- g) cópia do Comprovante de Residência do Segurado;
- h) cópia do Comprovante de Residência do responsável pelo pagamento das despesas com a realização do funeral, se contratada a garantia de Assistência Funeral (AF);
- i) nota original da funerária, se contratada a garantia de Assistência Funeral (AF);
- j) documentos do(s) Beneficiário(s):
 - j.1) cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF, além de informações sobre os dados bancários;
 - j.2) companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento, além de informações sobre os dados bancários;
 - j.3) filhos menores de 16 anos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento, além de informações sobre os dados bancários;
 - j.4) filhos maiores de 16 anos: cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência, além de informações sobre os dados bancários;
 - j.5) pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, além de informações sobre os dados bancários; e
 - j.6) beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito.
- k) Se contratada a garantia de Rescisão Contratual por Morte (RCM), será necessária a apresentação dos seguintes documentos:
 - k.1) cópia autenticada do Contrato de Trabalho firmado entre o Segurado e o Estipulante;
 - k.2) cópia autenticada da Carteira de Trabalho atualizada;
 - k.3) comprovante de pagamento do salário do mês da ocorrência do óbito;
 - k.4) cópia autenticada do termo de rescisão do Contrato de Trabalho; e
 - k.5) cópia da GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) do mês da ocorrência do óbito;

17.3.2 Em caso de morte acidental:

- a) formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo seu preposto/Beneficiário e pelo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- f) cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;

- g) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- h) cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;
- i) certificado de seguro;
- j) declaração de filhos firmada em cartório e assinada por duas testemunhas, informando quantos e quais são os filhos do segurado, se os filhos forem beneficiários;
- k) cópia do Comprovante de Residência do Segurado;
- l) cópia do Comprovante de Residência do responsável pelo pagamento das despesas com a realização do funeral, se contratada a garantia de Assistência Funeral (AF);
- m) nota original da funerária, se contratada a garantia de Assistência Funeral (AF);
- n) documentos do(s) Beneficiário(s):
 - n.1) cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF, além de informações sobre os dados bancários;
 - n.2) companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento, além de informações sobre os dados bancários;
 - n.3) filhos menores de 16 anos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento, além de informações sobre os dados bancários;
 - n.4) filhos maiores de 16 anos: cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência, além de informações sobre os dados bancários;
 - n.5) pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, além de informações sobre os dados bancários; e
 - n.6) beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito.
- o) Se contratada a garantia de Rescisão Contratual por Morte (RCM), será necessária a apresentação dos seguintes documentos:
 - o.1) cópia autenticada do Contrato de Trabalho firmado entre o Segurado e o Estipulante;
 - o.2) cópia autenticada da Carteira de Trabalho atualizada;
 - o.3) comprovante de pagamento do salário do mês da ocorrência do óbito;
 - o.4) cópia autenticada do termo de rescisão do Contrato de Trabalho; e
 - o.5) cópia da GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) do mês da ocorrência do óbito;

17.3.3 Em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente:

- a) formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez;
- c) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

- e) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- f) cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;
- g) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- h) cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;
- i) certificado de seguro;
- j) formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- k) cópia do comprovante de Residência do Segurado.

17.3.4 Em caso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas:

- a) formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;
- c) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- e) recibos originais de pagamentos efetuados aos prestadores de serviços médico-hospitalares;
- f) cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;
- g) certificado de seguro;
- h) formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- i) cópia do comprovante de Residência do Segurado.

17.3.5 Em caso de diárias por internação hospitalar decorrente de acidente pessoal:

- a) formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário e pelo respectivo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;
- d) exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- e) cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;
- f) certificado de seguro;
- g) formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- h) cópia do comprovante de Residência do Segurado.

17.3.6 Em caso de invalidez funcional permanente total por doença:

- a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.), informando a data de início da invalidez conforme diagnosticada na Declaração Médica, e descrição do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado;
- b) Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico assistente;
- c) Declaração Médica, devidamente preenchida e assinada pelo Segurado e pelo Médico Assistente, contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item 3.3.1g) e 3.3.1h);
- d) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item 3.3.1g) e 3.3.1h);
- e) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- f) laudos e exames médicos;
- g) documentos de concessão de aposentadoria e/ou publicação no Diário Oficial;
- h) cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;
- i) certificado de seguro;
- j) formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- k) cópia do comprovante de Residência do Segurado.

17.3.7 Em caso de diárias por internação hospitalar:

- a) formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado ou pelo seu preposto/Beneficiário e pelo respectivo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) cópia da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) documentação comprobatória da internação fornecida pelo hospital/clínica, na qual deverá constar o período e motivo da internação, a discriminação das diárias, taxas e materiais/medicamentos utilizados;
- d) exames compatíveis que comprovem e diagnostiquem o motivo da internação;
- e) cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;
- f) certificado de seguro;
- g) formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- h) cópia do comprovante de Residência do Segurado.

17.3.8 Em caso de doenças congênitas dos filhos:

- a) formulário de Aviso do Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento dos filhos com doenças congênita;
- d) declaração médica informando qual a doença congênita apresentada pela criança, contendo informações mínimas que permita avaliar o grau de manifestação da doença, tais como: segmentos, órgãos e funções afetadas, tratamento proposto e prognóstico;
- e) documentos médicos e exames que tenham embasado o diagnóstico da doença;
- f) relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- g) cópia do teste do pezinho;
- h) cópia comprovante de residência do Segurado;
- i) formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;
- j) cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos do seguro; e
- k) certificado do seguro.

17.4 Em caso de sinistro ocorrido em até 30 (trinta) dias do 2º prêmio não pago, o Capital Segurado e/ou Diárias Seguradas serão pagos deduzidos dos prêmios devidos, calculados conforme previsto no item 12.8.

17.5 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

17.6 No caso de reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

17.6.1 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 Capital Segurado contratado, atualizado monetariamente.

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

17.8 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

17.9 O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado e/ou Diária Segurada vigente na data do evento.

17.9.1 Caso o pagamento não seja efetuado no prazo previsto no item 17.2, deverá ser observado o disposto no item 26.1.

- 17.9.2 O não pagamento da indenização no prazo previsto no item 17.2 implicará na aplicação de juros moratórios a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização.
- 17.9.3 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do Contrato.
- 17.10 Divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza ou extensão das lesões ou doenças, devem ser submetidas a uma junta médica, proposta pela Seguradora por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias contados a partir da data da contestação. A junta médica será constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 17.10.1 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro, desempatador, será paga por ambos, em partes iguais.
- 17.10.2 O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data de indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 17.11 **Possuindo o Segurado mais de um Seguro, nesta ou em outra seguradora, garantindo o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados pelo Segurado proporcionalmente aos limites segurados para a garantia em todas as apólices em vigor, nesta ou em outras Seguradoras, na data do evento.**
- 17.12 **Para as garantias de Diárias por Internação Hospitalar (DIH) e Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA), caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s).**
- 17.12.1 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no Formulário de Aviso de Sinistro e nos comprovantes da internação hospitalar.
- 17.12.2 Caso o Segurado esteja internado na data de vencimento do prêmio do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar, observado o limite de diárias do Seguro.
- 17.13 As indenizações decorrentes das garantias Básica de Morte (GBM), Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Doenças Congênitas dos Filhos (DCF) serão pagas sob a forma de pagamento único.
- 17.14 As indenizações decorrentes da garantia de Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA) serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável de 180 (cento e oitenta) dias.
- 17.15 As indenizações decorrentes da garantia de Diárias por Internação Hospitalar (DIH) serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações

parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

- 17.16 Para a garantia de Rescisão Contratual por Morte (RCM), a indenização será paga ao Estipulante da Apólice, desde que comprovado o vínculo empregatício com o segurado na data do sinistro.
- 17.17 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

18 PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

- 18.1 **Quando contratada a garantia prevista no item 3.2.4, os serviços garantidos por este Seguro serão prestados dentro das normas legais e regulamentares de cada município onde se realizarem.**
- 18.1.1 Ressalta-se que a boa execução dos serviços dependerá, também, da colaboração dos familiares do Segurado, os quais deverão acionar imediatamente o serviço de Assistência 24h, na eventualidade do óbito do Segurado, dispondo-se a acompanhar a pessoa indicada para providenciar o funeral, junto aos órgãos e repartições públicas, sempre que for necessário.
- 18.2 Ao se acionar o serviço de Assistência 24h, deverá ser informado o nome do Segurado falecido e o número da Apólice/Certificado correspondente.
- 18.3 **Quando houver opção pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, não haverá, em hipótese alguma, pagamento posterior do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s).**
- 18.4 **O presente Seguro não contempla a prestação dos seguintes serviços:**
- 18.4.1 aquisição de jazigo ou carneiro;
 - 18.4.2 cremação, em caso de falecimento, para Segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço;
 - 18.4.3 despesas extras ou não previstas no padrão de serviço contratado;
 - 18.4.4 pedidos de assistência funeral anterior ao início de vigência do Seguro;
 - 18.4.5 exumação de corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;
 - 18.4.6 custos de manutenção do jazigo;
 - 18.4.7 não serão prestados os serviços nas localidades onde a legislação não permita que a Seguradora ou seus conveniados possam intervir.

19 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

- 19.1 **O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do(s) prêmio(s) vencido(s), caso haja por parte dos mesmos, seus prepostos, seu(s) corretor(es) de seguro ou seu(s) Beneficiário(s):**

- 19.1.1 **inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação do Seguro;**
- 19.1.2 **inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações que tenham influenciado no valor do prêmio;**
- 19.1.3 **inobservância das obrigações convencionadas na Apólice;**
- 19.1.4 **fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências; e/ou**
- 19.1.5 **se houver, intencionalmente, o agravo do risco Segurado.**
- 19.2 **Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, prevista no subitem 19.1.1, não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:**
 - 19.2.1 **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.**
 - 19.2.2 **Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:**
 - a) **cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
 - b) **mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**
 - 19.2.3 **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.**
- 19.3 **Nulo será o Contrato para garantia de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.**
- 19.4 **O(s) Beneficiário(s) não terão direito ao Capital Segurado quando o Segurado se suicidar nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial da cobertura individual.**
- 19.5 **O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.**
 - 19.5.1 **A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.**

- 19.5.2 **O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.**

20 CANCELAMENTO DO SEGURO

- 20.1 **Em caso de inadimplência por falta de pagamento de 2 (dois) prêmios, consecutivos ou alternados, o Seguro será cancelado 30 (trinta) dias após da data do vencimento do segundo prêmio não pago.**
- 20.1.1 **Nos seguros contributários, a Seguradora notificará o Segurado, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.**
- 20.1.2 **Nos seguros não contributários, em que os prêmios são pagos pelo Estipulante, a Seguradora notificará o mesmo, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.**
- 20.2 **Caso não haja o pagamento do primeiro prêmio, a contratação do seguro não estará concretizada, não existindo qualquer tipo de cobertura securitária, em momento algum.**
- 20.3 **Mediante acordo entre as partes contratantes e com anuência prévia e expressa de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, a Seguradora ou o Estipulante, poderá solicitar o cancelamento da Apólice mediante manifestação formal em até 60 (sessenta) dias da data de aniversário da mesma.**
- 20.4 **No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa tanto da Seguradora quanto do Estipulante e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo de vigência decorrido.**
- 20.5 **O Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.**

21 CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 21.1 **Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.**
- 21.2 **O prazo de vigência da cobertura individual pode ser abreviado em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não-renovação, desde que não haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice.**
- 21.2.1 **Caso haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice, será mantida a cobertura de tais riscos até a extinção dos mesmos, contudo não será aceito o recebimento de novos prêmios para novos períodos de vigência.**

- 21.3 **A cobertura individual cessa quando da ocorrência de sinistro vinculado à garantia Básica de Morte (GBM).**
- 21.4 **Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda:**
- 21.4.1 **com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, podendo, neste caso, o Segurado optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo os custos do risco e de cobrança; ou**
- 21.4.2 **quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.**
- 21.5 **Além das situações mencionadas, a cobertura de cada Segurado Dependente cessa:**
- 21.5.1 **se for cancelada a respectiva Cobertura Suplementar;**
- 21.5.2 **se o Segurado Principal deixar o grupo segurado;**
- 21.5.3 **com a morte do Segurado Principal;**
- 21.5.4 **no caso de cessação da condição de Dependente; ou**
- 21.5.5 **a pedido do Segurado Principal, no caso de cônjuge e filhos.**

22 EXCEDENTE TÉCNICO

- 22.1 Se previsto no Contrato de Seguro, poderá ser instituída a cláusula de excedente técnico da forma que segue:
- 22.1.1 **A referida cláusula estabelecerá as condições de distribuição, ao Estipulante e/ou aos segurados do grupo, dos resultados técnicos da Apólice Coletiva.**
- a) Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:
- a.1) prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos; e
- a.2) estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
- b) São despesas mínimas para fins de apuração dos resultados técnicos:
- b.1) comissões de corretagem pagas durante o período;
- b.2) comissões de administração pagas durante o período;
- b.3) valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- b.4) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e
- b.5) despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante.
- c) As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:
- c.1) o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- c.2) o aviso à seguradora, para sinistros;

- c.3) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
- c.4) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

- 22.2 A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no Contrato de Seguro até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no Contrato de Seguro, observando o disposto no item 22.4.
- 22.3 **A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no Contrato de Seguro, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.**
- 22.4 **Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida no Contrato de Seguro.**
- 22.5 Nos seguros em que houver cláusula de excedente técnico será incluída no Certificado Individual a informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

23 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1 Constituem obrigações do Estipulante:

- 23.1.1 **fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;**
- 23.1.2 **manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;**
- 23.1.3 **fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;**
- 23.1.4 **discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;**
- 23.1.5 **repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;**
- 23.1.6 **repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;**
- 23.1.7 **comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;**
- 23.1.8 **dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;**
- 23.1.9 **fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;**

23.1.10 **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 co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;**

23.1.11 **discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado; e**

23.1.12 **comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quando ao Seguro contratado.**

23.2 **Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a cobrança de juros e atualização monetária ou o cancelamento das garantias, e sujeita o Estipulante às cominações legais.**

24 REGIME FINANCEIRO

24.1 **Tendo em vista que o presente Seguro é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios para segurados e/ou Estipulante.**

25 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

25.1 **A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições da Apólice e as normas do Seguro.**

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

26 MORA

26.1 **A mora da Seguradora constituir-se-á, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável, a partir do término do prazo previsto no item 17.2 para a regulação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, a partir do 10º (décimo) dia em que se tornar exigível.**

26.1.1 **Em caso da devolução de prêmio em decorrência do cancelamento do Seguro, considera-se como data de exigibilidade a data de solicitação do cancelamento ou, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora, a data do efetivo cancelamento.**

26.2 **Em caso de mora, a taxa de juros aplicável corresponderá a 12% a.a. (doze por cento ao ano), vedada a aplicação de taxa superior, sendo efetuada, ainda, a atualização do Capital Segurado pela variação positiva do INPC/IBGE, considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.**

26.2.1 Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

27 FORO

27.1 O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado ou do Beneficiário ou do Estipulante, conforme o caso.

**TABELA PARA CÁLCULO
INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE**

Inval Perm	Discriminação	% sobre CS	Discriminação	% sobre CS
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 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 incurável	100
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
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
	Ancilose total de um dos ombros	25	Ancilose total de um dos cotovelos	25
	Ancilose total de um dos punhos	20	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: 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
	Ancilose total de um dos joelhos	20	Ancilose total de um dos tornozelos	20
	Ancilose total de um quadril	20	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores:		Perda total do uso de uma falange do 1º. Dedo, indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	De 5 (cinco) centímetros ou mais	15		
	De 4 (quatro) centímetros ou mais	10		
	De 3 (três) centímetros	06		
Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização				