

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO VIDA EMPRESARIAL

CAPITAL GLOBAL

Versão: dezembro/2022

COMPANHIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL – PREVISUL

Canais de Atendimento:

Serviços e Relacionamento, Assistência Dia & Noite, Sinistros, Sugestões, Dúvidas, Reclamações e Cancelamentos 3003 6773 (capital e cidades metropolitanas) **0800 709 8059** (demais localidades)

SAC - 0800 722 0264, todos os dias da semana, 24 horas por dia, inclusive em feriados nacionais. As ligações podem ser a cobrar.

Ouvidoria - 0800 722 0266, de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados nacionais.

Atendimento ao surdo: +55 (61) 2107-7176, faça a chamada a partir de um aparelho adaptado com teclado alfanumérico. De segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados nacionais.

Link da plataforma digital oficial para registro de reclamações dos consumidores dos mercados supervisionados (www.consumidor.gov.br)

SUMÁRIO

<u>APRESENTAÇÃO</u>	<u>4</u>
<u>CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES</u>	<u>5</u>
<u>CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO</u>	<u>5</u>
<u>CLÁUSULA 3ª - DEFINIÇÕES</u>	<u>5</u>
<u>CLÁUSULA 4ª – COBERTURAS DO SEGURO</u>	<u>10</u>
<u>CLÁUSULA 5ª – DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS BÁSICAS</u>	<u>12</u>
<u>CLÁUSULA 6ª – DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS ADICIONAIS</u>	<u>15</u>
<u>CLÁUSULA 7ª COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE – IAC</u>	<u>22</u>
<u>CLÁUSULA 8ª – COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS - IAF</u>	<u>24</u>
<u>CLÁUSULA 9ª – RISCOS EXCLUÍDOS</u>	<u>24</u>
<u>CLÁUSULA 10ª – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA</u>	<u>29</u>
<u>CLÁUSULA 11ª CARÊNCIA</u>	<u>30</u>
<u>CLÁUSULA 12ª FRANQUIA</u>	<u>30</u>
<u>CLÁUSULA 13ª CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO</u>	<u>30</u>
<u>CLÁUSULA 14ª INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DOS SEGURADOS</u>	<u>32</u>
<u>CLÁUSULA 15ª CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL</u>	<u>33</u>
<u>CLÁUSULA 16ª VIGENCIA, E MANUTENÇÃO DO SEGURO</u>	<u>34</u>
<u>CLÁUSULA 17ª PAGAMENTO DO PRÊMIO</u>	<u>35</u>
<u>CLÁUSULA 18ª ATUALIZAÇÃO DOS CAPITAIS SEGURADOS, DIÁRIAS SEGURADAS E PRÊMIOS</u>	<u>36</u>
<u>CLÁUSULA 19ª RECÁLCULO DA(S) TAXA(S) DO SEGURO</u>	<u>37</u>
<u>CLÁUSULA 20ª DATA DO EVENTO DO CAPITAL SEGURADO</u>	<u>37</u>
<u>CLÁUSULA 21ª REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO</u>	<u>38</u>
<u>CLÁUSULA 22ª BENEFICIÁRIO(S)</u>	<u>39</u>

<u>CLÁUSULA 23ª COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS</u>	<u>40</u>
<u>CLÁUSULA 24ª OPÇÃO PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE FUNERAL</u>	<u>53</u>
<u>CLÁUSULA 25ª PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO</u>	<u>53</u>
<u>CLÁUSULA 26ª CANCELAMENTO E RESCISÃO DO CONTRATO DO SEGURO</u>	<u>55</u>
<u>CLÁUSULA 27ª CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL</u>	<u>56</u>
<u>CLÁUSULA 28ª EXCEDENTE TÉCNICO</u>	<u>57</u>
<u>CLÁUSULA 29ª OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE</u>	<u>58</u>
<u>CLÁUSULA 30ª OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA</u>	<u>60</u>
<u>CLÁUSULA 31ª REGIME FINANCEIRO, RESGATE E PORTABILIDADE</u>	<u>60</u>
<u>CLÁUSULA 32ª MORA</u>	<u>60</u>
<u>CLÁUSULA 33ª FORO</u>	<u>61</u>
<u>TABELA PARA CÁLCULO</u>	<u>62</u>
<u>TABELAS IAIF</u>	<u>63</u>

APRESENTAÇÃO

Nós ficamos muito felizes em estar ao seu lado, cuidando das suas conquistas e do que é importante para você. Apresentamos aqui as Condições Contratuais do seu seguro que contemplam as principais informações, direitos e obrigações sobre o seu seguro e como funcionam as coberturas contratadas.

Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

As condições contratuais do seguro estarão disponíveis previamente ao proponente, antes da emissão do bilhete ou a assinatura da proposta.

Para atendimento ao cliente, fale com a gente através do telefone **3003-6773** (capital e cidades metropolitanas) **0800 709 8059** (demais localidades).

Conte com a gente!

Proteção de dados pessoais

A Companhia de Seguros Previdência do Sul - Previsul Seguradora, empresa integrante da CNP Seguros Holding Brasil, declara que, para o desempenho das atividades objeto do presente contrato e o cumprimento de obrigações regulatórias da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados e legais, conforme a lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), realizará as tarefas relativas ao tratamento dos dados pessoais do cliente e beneficiários, por si só ou pelas empresas parceiras, no que se refere às informações relacionadas aos dados coletados na proposta, pelo prazo de duração deste contrato e pelos prazos legais e regulatórios estabelecidos, contados do término do contrato. Seus dados pessoais podem ser utilizados também na hipótese de haver o legítimo interesse da CNP Seguros Holding e de suas empresas coligadas, sempre respeitando a sua expectativa quanto a esse uso. Havendo qualquer alteração não prevista no tratamento dos dados pessoais coletados, a CNP Seguros Holding informará ao cliente. Para obter mais detalhes sobre como utilizamos seus dados pessoais, sobre os parceiros envolvidos e para exercer os direitos listados na LGPD o cliente pode acessar nossa Política de Privacidade, publicada no site www.cnpbrasil.com.br.

COMPANHIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL – PREVISUL

CNPJ: 92.751.213/0001-73. Proc. Susep nº 15414.004238/2009-66.

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

Versão Dezembro/2022

CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- I.** A aceitação da proposta está sujeita à análise do risco;
- II.** O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP;
- III.** O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br;
- IV.** Este plano de seguro está registrado na SUSEP sob nº 15414.004238/2009-66;
- V.** O seguro é contratado por meio de apólice coletiva, destinada a garantir coberturas securitárias para grupos de pessoas vinculadas a um Estipulante.

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO

2.1 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 de acordo com as coberturas contratadas, exceto de riscos excluídos, observadas as Condições Gerais e Contratuais do Seguro.

CLÁUSULA 3ª - DEFINIÇÕES

Para melhor compreensão, segue o glossário dos termos técnicos utilizados:

3.1 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, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico.

Para efeito deste seguro, considera-se Acidente Pessoal:

- a)** O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, desde que ocorrido após 2 (dois) anos da adesão individual do segurado na apólice coletiva, observada 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 sequestros e tentativas de sequestros; e

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

3.1.2 Para efeito deste seguro, considera-se como Riscos Excluídos de Acidente Pessoal:

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 consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

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

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

3.2 Apólice: documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo proponente, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo Estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).

3.3 Apólice de Averbação ou Aberta: aquela em que o segurado comunica à sociedade seguradora as movimentações relativas a seu negócio, vinculadas às coberturas contratadas e ocorridas ao longo de sua vigência, em datas incertas, imprevisíveis ou previamente acordadas, com importâncias seguradas variáveis limitadas ao valor do limite máximo de garantia contratado.

3.4 Assistido: Beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado sob a forma de renda.

3.5 Atualização monetária: É o mesmo que correção monetária, sendo neste plano aplicada: ao valor da indenização, que será atualizada da data do evento até a data do efetivo pagamento; e aos Capitais Segurados Globais e aos prêmios, que serão atualizados anualmente; em conformidade com estas Condições Contratuais.

3.6 Aviso de Sinistro: é a comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado e/ou Beneficiário à Seguradora, assim que dele tenham conhecimento, conforme procedimento definido nestas Condições Contratuais.

3.7 Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

3.8 Capital Segurado Global: é a modalidade de Capital Segurado para a contratação coletiva, respeitando os critérios técnico-operacionais estabelecidos no Contrato de Seguro, segundo o qual o valor do Capital Segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças, em quantidade, na composição do grupo segurado, sendo que o Capital Segurado Global estabelecido se refere a totalidade do Capital Segurado.

3.9 Capital Segurado Individual: É a parte do Capital Segurado Global que compete a cada segurado, de acordo com a opção contratada a ser utilizado como base para o pagamento de indenização de acordo com a cobertura contratada e vigente na data do evento, podendo variar em função de inclusão e/ou exclusão de componentes do grupo segurado.

Carência: é o período ininterrupto contado a partir do início da vigência individual, durante o qual o Segurado não terá direito às coberturas contratadas, sendo inexistente em caso de acidente pessoal.

3.10 Certificado Individual: Documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

3.11 Coberturas: são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

3.12 Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

3.13 Contrato de Seguro: 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.

3.14 Consignante: É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Sociedade Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

3.15 Dano estético: qualquer dano físico/corporal causado à pessoa que, embora não acarrete sequelas que interfiram no funcionamento do organismo, implique em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou de estética.

3.16 Documentos Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, da Apólice, do certificado individual e endosso.

3.17 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.

3.18 Evento Coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) coberturas(s) abrangida(s) pelo Seguro.

3.19 Excedente Técnico: é o saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período.

3.20 Franquia: participações obrigatórias do segurado aplicáveis a cada cobertura, se previsto.

3.21 Grupo Segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

3.22 Grupo Segurável: são os empregados ativos vinculados com o Estipulante por meio de contrato de trabalho regido pelas normas estipuladas pela CLT.

3.23 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.

3.24 Invalidez Laboral: É considerada invalidez laborativa permanente total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

3.25 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.

3.26 Prêmio: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro, que poderá ser único, periódico ou possuir outra estruturação prevista nestas condições.

3.27 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.

3.28 Regime Financeiro de Repartição Simples: Estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse mesmo período, não havendo devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao(s) Beneficiário(s) ou ao Estipulante ou ao Subestipulante.

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

3.30 Reintegração do Capital Segurado: É a recomposição do Capital Segurado após a liquidação do sinistro.

3.31 Riscos Excluídos: São eventos não cobertos pela Seguradora, indicados nas Condições Contratuais.

3.32 Segurado: Pessoa física efetivamente aceita pela Seguradora e integrante do grupo segurado.

3.33 Segurado Dependente: É o cônjuge ou companheiro(a), filhos e/ou enteados do segurado principal, quando incluído no contrato de seguro, desde que não seja segurado principal na referida apólice.

3.34 Sinistro: É a ocorrência de um evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.

3.35 Subestipulante: É a pessoal natural ou jurídica pertencente ao mesmo grupo econômico do Estipulante ou que com ele possua algum vínculo jurídico, que possibilite representar os interesses do grupo segurado.

3.36 Vigência do Seguro: É o período entre as datas de início e de término das coberturas, no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

CLÁUSULA 4ª – COBERTURAS DO SEGURO

4.1 É facultada ao Estipulante e/ou Subestipulante (se houver) a escolha das coberturas do seguro, aplicáveis a todo o grupo segurado.

4.2 As coberturas do Seguro dividem-se em básicas e adicionais, sendo que o Seguro não pode ser contratado sem pelo menos uma das coberturas básicas. As coberturas contratadas deverão ser identificadas na proposta de contratação.

4.3 Para efeito deste Seguro, entende-se por COBERTURAS BÁSICAS:

- a)** Morte Natural ou Morte Acidental (MNA)
- b)** Morte Acidental (MA)
- c)** Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
- d)** Cobertura Funeral (CF)

4.3.1 A cobertura básica nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais e que podem ser substituídas a critério da Seguradora por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4.3.2 As coberturas básicas poderão ser contratadas em conjunto ou isoladamente.

4.4 Para efeito deste Seguro, entende-se por COBERTURAS ADICIONAIS:

- a)** Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)
- b)** Diárias por Internação Hospitalar (DIH)
- c)** Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA)
- d)** Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)
- e)** Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA)
- f)** Rescisão Contratual por Morte (RCM)
- g)** Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA)
- h)** Doenças Congênitas dos Filhos (DCF)
- i)** Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD)
- j)** Despesas Diversas (DD)
- k)** Despesas Diversas por Acidente (DDA)

4.5 COBERTURAS SUPLEMENTARES PARA SEGURADOS DEPENDENTES

- a)** Inclusão Automática de Cônjuge (IAC)
- b)** Inclusão Automática de Filhos (IAF)

4.6 A cobertura suplementar de Inclusão Automática de Cônjuges – IAC possibilita a contratação das seguintes coberturas, desde que contratadas para o segurado principal: Morte Natural ou Morte Acidental (MNA), Morte Acidental (MA), Cobertura Funeral (CF), Invalidez

Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

4.7 A cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – IAF possibilita a contratação das seguintes coberturas, desde que contratadas para o segurado principal: Morte Natural ou Morte Acidental (MNA), Morte Acidental (MA), Cobertura Funeral (CF).

4.8 A cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – IAF fica condicionada à contratação da cobertura suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge – IAC.

CLÁUSULA 5ª – DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS BÁSICAS

5.1 Morte Natural ou Morte Acidental (MNA): É a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em decorrência do evento morte do Segurado por causas naturais ou acidentais, ocorrido durante a vigência do Seguro, observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.

5.2 Morte Acidental (MA): Esta cobertura, tem por objetivo garantir, o pagamento do capital segurado contratado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do segurado, decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do seguro, observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.

a) A indenização por Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam. Se, depois de pagar 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 deverá ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

5.3 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): É a cobertura que garante pagamento de indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

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 por Acidente, anexa às presentes Condições Contratuais;

b) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação à porcentagem prevista na tabela anexa a estas condições, para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado;

c) Na falta de indicação da porcentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das porcentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento);

d) Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado.

e) Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as porcentagens 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 porcentagens correspondentes não pode exceder a da indenização prevista para sua perda total;

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

g) A invalidez permanente deverá ser comprovada através de declaração médica.

g1) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente, que deverá ser comprovada na forma prevista nas condições contratuais previstas para esta cobertura.

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

i) A cobertura 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 cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) será

cancelada em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente.

5.4 Cobertura Funeral: esta cobertura, quando contratada, garante ao(s) Beneficiário(s) o reembolso de despesas ou a disponibilização dos serviços Funeral, a critério do(s) Beneficiário(s), até o limite do Capital Segurado contratado, em caso de falecimento do Segurado, seja por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, nas Condições contratuais e as demais Disposições Contratuais.

a) A opção pela utilização da prestação de serviço de Funeral deve ser feita mediante solicitação expressa do(s) Beneficiário(s).

b) O(s) Beneficiário(s) que optar(em) por utilizar a prestação de serviços Funeral, não terá(ão) qualquer direito a reembolso posterior.

c) Os eventos abrangidos pela cobertura de Funeral (CF), conforme opção do Beneficiário, estão dispostos abaixo:

c.1) Atendimento Social: na ocorrência do óbito do Segurado, após a liberação do corpo pelos órgãos competentes e de acordo com os eventos cobertos, a família ou responsável deverá entrar em contato com a Prestadora, que após conferir as informações, comunicará a funerária credenciada ou autorizada no município, para que seja providenciado tudo que for necessário para a execução do funeral. O acompanhamento de um membro da família será solicitado, caso a legislação local exija.

c.2) Transporte de Familiar para a Liberação do Corpo: no caso de falecimento do Segurado fora de seu município de residência e havendo a necessidade de um membro da família para liberação do corpo, a Prestadora fornecerá um meio de transporte mais apropriado, a seu critério. A Prestadora também fornecerá hospedagem em hotel, a seu critério, por um período mínimo necessário para a liberação do corpo, desde que não ultrapasse o limite preestabelecido para a prestação dos serviços de funeral. Qualquer importância monetária que ultrapassar este limite será de responsabilidade da família e/ou responsável pelo Segurado.

c.3) Funeral: Composto pelos seguintes itens, de acordo com o limite de despesas contratado:

I. Urna;

- II.** Higienização básica e ornamentação do corpo (com flores da estação);
- III.** Coroa de flores da estação;
- IV.** Véu;
- V.** Paramentos e velas (cavaletes, castiçais e Cristo, conforme região, disponibilizados quando necessário e permitido pela família);
- VI.** Carro fúnebre para remoção dentro do município;
- VII.** Registro em cartório, quando autorizado pela legislação local;
- VIII.** Livro de presença (conforme disponibilidade local);
- IX.** Locação de sala para velório em capelas municipais ou particulares;
- X.** Taxas de sepultamento em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente ou cremação;
- XI.** Locação de Jazigo (por três anos) em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente, quando necessário e disponível na cidade.

CLÁUSULA 6ª – DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS ADICIONAIS

6.1 A contratação de quaisquer coberturas a seguir está condicionada a contratação de pelo menos uma das coberturas básicas mencionadas na cláusula 5, observadas ainda as disposições constantes na descrição de cada cobertura.

6.2 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): é a Cobertura que garante ao(s) Beneficiário(s) a antecipação do pagamento de 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado da Cobertura de Morte Natural ou Morte Acidental (MNA), caso seja caracterizada a invalidez funcional permanente e total por doença do Segurado, sob critérios devidamente especificados nestas Condições Contratuais.

a) Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez por doença, o seguro será automaticamente cancelado, pois considera-se esta cobertura como antecipação da cobertura de Morte Natural ou Morte Acidental (MNA).

b) 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 23.23.

c) Para fins desta cobertura, 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:

c.1) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatía grave”;

c.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;

c.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;

c.4) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;

c.5) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;

c.6) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

c.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;

c.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;

c.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°;

c.10) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;

c.11) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;

c.12) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; e

c.13) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

d) 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, conforme o anexo “TABELAS IAIF”.

e) A invalidez funcional permanente deve ser comprovada através de declaração médica.

e.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 (IFPD).

e.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.

f) A Garantia Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) não é extensiva aos Segurados Dependentes.

6.3 Diárias por Internação Hospitalar (DIH): é a cobertura que garante o pagamento de uma Diária Segurada ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante

da Proposta de Contratação, para cada dia de internação hospitalar do mesmo, em consequência de doença ou de acidente pessoal. Esta cobertura 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 nas Cláusulas 11 e 12.

6.4 Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA): é a cobertura que garante o pagamento de Diária ao próprio Segurado, de acordo com o valor contratado e constante nas Condições Contratuais, para cada dia de internação hospitalar. Estarão cobertas somente as internações hospitalares decorrentes de Acidente Pessoal Coberto ocorrido durante a vigência do seguro, desde que iniciadas em até 30 (trinta) dias da data do acidente.

a) A quantidade de diárias contratadas será definida nas Condições Contratuais e é limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitado o prazo de franquia de 1 (um) dia, conforme estabelecido na Cláusula 12.

a.1) A contagem do período indenizável inicia-se após o término da 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), observando o disposto na Cláusula 22.

6.5 Despesas Diárias Hospitalares e Odontológicas (DMHO): é a cobertura que garante o 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 necessárias para o restabelecimento do Segurado, até o valor contratado para a referida cobertura.

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.

6.6 Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA): é a cobertura que garante o pagamento de uma Diária ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante nas Condições Contratuais, em função da impossibilidade contínua e ininterrupta do mesmo em exercer sua profissão ou ocupação, ocasionada pelo evento acidente pessoal, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observado o número de diárias contratadas, que será definido nas Condições Contratuais, limitado a, no máximo, de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

a) As Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) são devidas a partir do primeiro dia após o término da franquia equivalente a 1 (uma) diária, conforme estabelecido na Cláusula 12.

b) Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade contratada.

6.7 Rescisão Contratual por Morte (RCM): é a cobertura que garante o 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 Natural ou Morte Acidental (MNA) 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.

6.8 Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA): é a cobertura que garante o 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 por acidente pessoal, 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.

6.9 Doenças Congênitas dos Filhos (DCF): é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao Segurado, em razão do nascimento de filho, 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 médica, caso seja necessário e desde que requerido pela Seguradora.

6.10 Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD): É a cobertura que garante a antecipação do pagamento de um percentual da cobertura Morte Natural ou Morte Acidental (MNA), ao próprio Segurado, em caso de Invalidez Permanente e Total, para o exercício de sua atividade laborativa principal. É considerada como tal aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento da sua constatação, causada por doença que não tenha sido contraída antes da data de contratação do Seguro. Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado

obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

a) Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

b) Não podem configurar como Segurados para fins desta cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

c) O percentual da Cobertura Morte Natural ou Morte Acidental (MNA) que será antecipado em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença do Segurado será definido nas Condições Contratuais.

d) Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez por doença, **se o percentual previsto para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) for igual a 100% da Morte Natural ou Morte Acidental (MNA), o Seguro será automaticamente cancelado.**

e) se o percentual previsto para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) for inferior a 100% da cobertura de Morte Natural ou Morte Acidental (MNA), o Seguro continuará vigorando somente com a cobertura de Morte Natural ou Morte Acidental (MNA), com o Capital Segurado deduzido do valor indenizado para Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD). O prêmio do Seguro será, então, recalculado em função do Capital Segurado das coberturas remanescentes.

f) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhada, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que tratam esta cobertura.

g) A Garantia Adicional de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) não é extensiva aos Segurados Dependentes.

6.11 Despesas Diversas (DD): esta cobertura garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de Morte Natural ou Morte Acidental (MNA) do Segurado, decorrente de causa natural ou acidental, exceto se decorrente de riscos excluídos, observados os demais termos das Condições Contratuais.

a) A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte Natural ou Morte Acidental (MNA) e a ela se vincula, de forma que somente será devida a indenização se caracterizado o evento relativo à cobertura de Morte Natural ou Morte Acidental (MNA).

b) A cobertura de Despesas Diversas (DD) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Despesas Diversas por Acidente (DDA).

6.12 Despesas Diversas por Acidente (DDA): esta cobertura garante ao(s) Beneficiários o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, exceto se decorrente de riscos excluídos, observados os demais termos das Condições Contratuais.

a) A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte Natural ou Morte Acidental (MNA) ou Morte Acidental (MA) e a elas se vincula, de forma que somente será devida a indenização se caracterizado o evento relativo à Cobertura de Morte Natural ou Morte Acidental (MNA) ou Morte Acidental (MA).

b) A cobertura de Despesas Diversas por Acidente (DDA) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Despesas Diversas (DD).

CLÁUSULA 7ª COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE – IAC

7.1 Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir o cônjuge/companheiro(a) do segurado principal, garantindo o pagamento de capital segurado contratado aos Beneficiários, na ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, durante a vigência do seguro, observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.

7.2 Esta cobertura possibilita a contratação das seguintes coberturas, desde que contratadas para o Segurado principal:

- a)** Morte Natural ou Morte Acidental (MNA),
- b)** Morte Acidental (MA),
- c)** Cobertura Funeral (CF),
- d)** Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)
- e)** Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

7.3 Conforme especificado no Contrato de Seguro, a inclusão de cônjuge será de forma automática.

7.4 Os(as) companheiros(as) dos Segurados principais, que já se encontravam separados judicialmente, ou de fato, quando contrataram o seguro, serão equiparados aos cônjuges.

7.5 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.

7.6 Os prêmios relativos aos Segurados dependentes serão pagos pelo Segurado Principal junto com os prêmios de suas próprias coberturas.

7.7 Além das hipóteses previstas no item 27.5, esta cobertura cessa:

- a) Com o cancelamento desta cobertura;**
- b) Quando for cancelada, por qualquer motivo, a cobertura contratada para o Segurado principal;**
- c) Com o pagamento de capital Segurado de outra cobertura que tenha previsão de extinção de cobertura integral do seguro;**
- d) Na ocorrência de separação judicial/de fato ou divórcio;**
- e) No caso de cancelamento de seu registro no Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS como companheiro(a), ou perda da condição de dependente de acordo com o regulamento do Imposto de Renda – IR, quando se tratar de companheiro(a);**
- f) Dissolução da união estável;**
- g) Com a morte do Segurado principal ou cônjuge/companheiro(a), sua invalidez permanente total por acidente ou sua invalidez funcional permanente e total por doença; e**
- h) Com a inclusão do Segurado dependente como Segurado Principal em outra apólice deste mesmo plano de seguro.**

7.8 Para efeito desta cobertura, o Beneficiário será:

a) O(a) próprio(a) Segurado(a) principal, para eventos decorrentes da morte do cônjuge/companheiro(a);

b) Para as demais coberturas que possam existir, o próprio cônjuge/companheiro(a).

CLÁUSULA 8ª COBERTURA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS – IAF

8.1 Esta cobertura, se contratada, mediante o pagamento de prêmio adicional, tem como objetivo incluir todo(s) o(s) filho(s) do Segurado principal, garantindo o pagamento do capital Segurado contratado ao(s) Beneficiário(s) do seguro, na ocorrência de um dos eventos previstos nas coberturas contratadas, ocorrido durante a vigência do seguro, observados os riscos excluídos e as demais disposições contratuais.

8.2 A cobertura suplementar de Inclusão Automática de Filhos – (IAF) possibilita a contratação das seguintes coberturas, desde que contratadas para o Segurado principal:

a) Morte Natural ou Morte Acidental (MNA),

b) Morte Acidental (MA),

c) Cobertura Funeral (CF).

CLÁUSULA 9ª – RISCOS EXCLUÍDOS

9.1 Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:

a) De doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas, exceto para os casos de contratação da cobertura de Doenças Congênitas de Filhos (DCF) desde que ainda não diagnosticadas quando da contratação do Seguro.

b) De ato ilícito doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro. 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.

c) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, incluindo explosões nucleares provocadas ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes.

d) Atos ou operações de guerra civil, química ou bacteriológica, declaradas ou não, invasão, hostilidade, insurreição de poder militar ou usurpado, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

e) 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.

f) Do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual;

g) De furacões, tufões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.

h) De epidemias e pandemias declaradas por órgão competente, envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente.

i) De choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto.

j) De prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei; e

k) De hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto.

9.2 Além dos riscos mencionados no item 9.1, estão também expressamente excluídos das coberturas de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Diárias por Internação Hospitalar Decorrente de Acidente Pessoal (DIHA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA) e Despesas Diversas por Acidente (DDA), e os eventos ocorridos em consequência:

a) 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.

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

c) Além dos riscos mencionados no *caput* do item 9.2 e na alínea "a", acima, estão também expressamente excluídos da cobertura de Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA) os eventos ocorridos em consequência:

c.1) De cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes cobertos ocorridos na vigência do Seguro;

c.2) De tratamento odontológico e ortodôntico mesmo que em consequência de acidente pessoal;

c.3) De lesões decorrentes de tratamentos cirúrgicos (acidente cirúrgico) ou clínicos que não tenham como origem um acidente pessoal coberto;

c.4) De internações decorrentes de doenças cerebrovasculares, ainda que possam ser identificadas pela expressão "acidentes vasculares cerebrais"; e

c.5) De procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório.

d) Além dos riscos mencionados no item 9.1 e subitens, estão também expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), ainda que resultando 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:

d.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;

d.2) A Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPTD), 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;

d.3) As doenças agravadas por traumatismos;

d.4) 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;

d.5) Os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da Existência Independente do Segurado;

d.6) Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no item 6.2 subitens "c" a c13;

9.3 Além dos riscos mencionados no item 9.1, estão também expressamente excluídos da cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH), mesmo que resultantes de Acidente Pessoal, as internações hospitalares objetivando a realização de:

a.1) Qualquer procedimento relacionado à gravidez, parto, ou aborto, bem como suas consequências;

a.2) De ceratotomia (cirurgia para correção de miopia);

a.3) De tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências;

a.4) De cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;

a.5) De tratamentos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e de quaisquer doenças com ela relacionadas, bem como as suas consequências (em portador soropositivo);

a.6) De diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;

a.7) De tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;

a.8) De tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;

a.9) De qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;

a.10) De tratamento por senilidade, rejuvenescimento, repouso, emagrecimento e suas consequências;

a.11) De tratamento odontológico e ortodôntico, mesmo que em consequência de acidente pessoal;

a.12) De tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;

a.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;

a.14) De tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;

a.15) De tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;

a.16) De internação domiciliar;

a.17) De procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório; e

a.18) De investigação diagnóstica não seguida de tratamento efetivo durante a internação.

9.4 Além dos riscos mencionados no item 9.1, estão também expressamente excluídos da cobertura de Doenças Congênitas dos Filhos (DCF):

a) Doenças que não observem o conceito de doenças congênitas definido no item 6.9, "a", destas Condições contratuais;

b) Defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;

c) Defeitos congênitos decorrentes pelo mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde; e

d) Natimortos.

CLÁUSULA 10ª – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

10.1 As coberturas do Seguro previstas nestas Condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, exceto para cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) que se aplica apenas para eventos ocorridos em território nacional.

CLÁUSULA 11ª CARÊNCIA

11.1 O período de carência, quando previsto, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, sendo estabelecido nas Condições Contratuais, na Apólice, na Proposta de Contratação, no Bilhete e no Certificado individual.

11.2 O período de carência estabelecido poderá ser de, no máximo, 2 (dois) anos.

11.3 O período de carência não excederá metade do prazo de vigência previsto na Apólice.

11.4 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 2 (dois) anos ininterruptos, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

11.5 O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido nestas Condições Contratuais.

CLÁUSULA 12ª FRANQUIA

12.1 As coberturas 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, do segundo dia da respectiva internação hospitalar.

12.2 A cobertura de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) está sujeita à franquia que será definida na apólice e será contada, para cada evento, a partir da data de afastamento do Segurado da sua atividade profissional ou ocupação. Durante este período o Segurado não terá direito à cobertura contratada. O período da franquia nunca será superior a 15 (quinze) dias.

CLÁUSULA 13ª CONTRATAÇÃO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

13.1 A Apólice Coletiva, deverá ser contratada mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação pelo Proponente Estipulante, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado. A Adesão à Apólice Coletiva, será compulsória e não haverá necessidade do preenchimento da Proposta de Adesão.

13.2 As alterações durante a vigência do Seguro somente serão feitas por meio de endosso, mediante assinatura do Proponente Estipulante, seu representante ou Corretor de Seguro habilitado.

13.3 A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para analisar e se manifestar acerca da Proposta de Contratação.

13.4 A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar do Proponente Estipulante, a documentação que achar necessária. Nestes casos, o prazo previsto no item 13.3 destas Condições será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

13.5 A aceitação da Proposta de Contratação será comunicada pela Seguradora ao Estipulante, sendo a confirmação do interesse formalizada pela assinatura do Contrato Coletivo, por meio físico ou remoto, em até 15 dias.

13.6 Após a aceitação da Proposta de Contratação a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro, em nome do Estipulante, com a indicação das coberturas contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao Seguro contratado.

13.7 O início de vigência de cobertura da apólice respeitará a data indicada na Proposta de Contratação.

13.8 Passados os 15 dias de análise da aceitação da Proposta de Contratação, não havendo recusa expressa do risco por parte da Seguradora, a proposta será considerada aceita de forma tácita.

13.9 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.

13.10 No caso da não aceitação da proposta por parte da seguradora, neste prazo, será efetuada a devolução do prêmio eventualmente pago, devidamente atualizado pelo IPCA-IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas), "pró-rata dia", da data do recebimento do prêmio.

13.10.1 No caso de extinção do IPCA/IBGE, o índice a ser utilizado será o IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços de Mercado/Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

13.11 O Proponente terá cobertura provisória durante o período de análise do risco. Havendo a recusa do risco, a cobertura provisória cessará imediatamente. Em caso de aceitação da proposta, a seguradora irá considerar o período de cobertura provisória como de efetiva vigência.

13.12 A diferença entre o valor pago pelo Proponente e o valor correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura será restituída ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa da proposta.

CLÁUSULA 14ª INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DOS SEGURADOS

14.1 A inclusão de possíveis Segurados será feita de forma compulsória, abrangendo todo o grupo segurável;

14.2 O seguro sobre a vida de cada segurado incluído terá seu início de vigência na data indicada na Proposta de Contratação, assinada pelo Estipulante, Subestipulante ou por seu representante legal ou Corretor de Seguros Habilitado, que será a mesma constante do Certificado Individual emitido pela Seguradora.

14.3 Não poderão participar do Seguro, bem como não serão considerados como componentes do grupo Segurado para efeito de apuração do Capital Segurado em caso de sinistro, mesmo que constante da GFIP ou do Contrato Social, os funcionários, Sócios e/ou Diretores que se enquadrarem nas seguintes situações:

a) Os afastados na data do início da vigência do Seguro, que passarão a ter cobertura apenas após o retorno a sua respectiva atividade laborativa;

b) Os sócios com idade inferior a 14 anos.

CLÁUSULA 15ª CAPITAL SEGURO INDIVIDUAL

15.1 Para as coberturas Morte Natural ou Morte Acidental (MNA), Auxílio Funeral (AUX), Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Despesas Diversas (DD) e Despesas Diversas por Acidente (DDA), o Capital Segurado Individual será calculado tomando-se por base o valor

do Capital Segurado Global contratado, para cada cobertura, dividido pelo número de Segurados principais, em partes iguais ou proporcionais, de acordo com a opção contratada na Proposta de Contratação, que constam como ativos na GFIP - Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia e de Informações à Previdência Social encaminhada pelo Estipulante, relativa ao mês anterior à data do evento segurável.

$$\text{Capital Segurado Individual} = \frac{\text{Capital Segurado Global}}{\text{Número de Funcionários}}$$

Ou

Capital Segurado Individual = Capital Segurado Global x % de participação do segurado na folha de pagamento da empresa.

15.2 Para fins de pagamento do sinistro, o Capital Segurado será apurado com base no número de funcionários do mês de ocorrência do sinistro, para tanto, deverá ser apresentada a última Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia e de Informações da Previdência Social (GFIP), e, caso exista(m) Segurado(s) afastado(s) após o início de vigência do Seguro, a(s) última(s) Guia(s) anterior(es) ao(s) mês(es) de afastamento e, em se tratando de sócios e diretores estatutários, deverá ser apresentado o contrato social atualizado.

15.3 O Capital Segurado Individual poderá sofrer alterações tendo em vista o número de Segurados constantes como ativos na listagem encaminhada pelo Estipulante, relativa ao mês anterior à data do evento segurável. Porém, o Capital Segurado Individual apurado para os eventos ocorridos em um mesmo mês será igual para todos os Segurados, respeitado o critério estabelecido de divisão uniforme ou proporcional para definição do Capital Segurado, indicado na Proposta de Contratação.

15.4 O valor do Capital Segurado Individual dos cônjuges, filhos, das diárias seguradas para as coberturas de Diária de Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIHA), Diárias de Internação Hospitalar (DIH), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Rescisão Contratual por Morte (RCM), Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) e Doenças Congênitas dos Filhos (DCF) será determinado aplicando-se o percentual, definido na Proposta de Contratação e nas Condições Contratuais, ao Capital Segurado Individual calculado através da formulação do item 15.1.

CLÁUSULA 16ª VIGENCIA E MANUTENÇÃO DO SEGURO

16.1 A vigência da Apólice será especificada na Proposta de Contratação.

16.2 O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data indicada no Certificado Individual.

16.3 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.

16.4 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 de acordo com a forma contratada nos termos do Contrato de Seguro.

16.5 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.

16.6 A renovação automática do Seguro poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, mediante prévia autorização do Estipulante, representante legal ou Corretor de Seguros habilitado.

16.6.1 O desinteresse pela renovação da Apólice, ao fim do período de vigência, deverá ser comunicado pela Seguradora ou pelo Estipulante ou Corretor de Seguros habilitado mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final de vigência, salvo disposição contrária constante do Contrato de Seguro.

16.6.2 O Subestipulante poderá solicitar a renovação e ou não renovação do seguro, no que diz respeito exclusivamente ao grupo que representa.

16.7 Em caso de renovação da apólice, não será iniciado novo prazo de carência, exceto se houver por parte do Estipulante, representante legal ou Corretor de Seguros habilitado, solicitação para aumento de capital segurado.

16.8 Qualquer modificação na apólice vigente que implicar em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado ou seu(s) representante(s).

CLÁUSULA 17ª PAGAMENTO DO PRÊMIO

O custeio do Seguro será não contributivo, em que os segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante.

17.1 O não pagamento do prêmio único ou da 1ª (primeira) parcela do prêmio, respeitada a periodicidade definida em contrato, até a data de seu vencimento, caracteriza a não efetivação do seguro.

17.2 A data limite para pagamento do prêmio será a data de vencimento expressa na respectiva fatura.

17.3 Quando a data de vencimento coincidir com um dia em que não houver expediente bancário, o pagamento da fatura poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja a suspensão de suas coberturas e sem acréscimo de valor.

17.4 Em caso de atraso no pagamento da parcela do prêmio, a Seguradora enviará notificação prévia ao Estipulante e/ou subestipulante (se houver) comunicando-o acerca do atraso no pagamento do prêmio, advertindo-o da necessidade e quitação da(s) parcela(s) do prêmio do seguro em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.

17.5 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 1% a.m. (um por cento ao mês).

17.6 Na falta de pagamento de qualquer parcela posterior à primeira será iniciada a contagem do prazo de tolerância de 60 (sessenta) dias para regularização do pagamento, a partir da data de vencimento do 1º (primeiro) prêmio inadimplente.

17.7 Caso o seguro não esteja cancelado, a Seguradora encaminhará uma notificação ao Estipulante após o inadimplemento da parcela, advertindo-o quanto à necessidade de quitação do prêmio de seguro em atraso, podendo haver o cancelamento do seguro caso a parcela não seja regularizada, 30 dias após o envio da notificação.

17.8 Não sendo regularizado o pagamento do prêmio do seguro durante o prazo de

tolerância concedido, esta correspondência funcionará como notificação para o cumprimento da contraprestação do Contrato de Seguro, consistente no pagamento de prêmio.

17.9 Durante o prazo de tolerância, descrito no item 17.6, estarão cobertos os sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, mas o pagamento da indenização ficará condicionado ao recebimento do(s) prêmio(s) devido(s) com os encargos previstos na cláusula 17.

17.10 Após o término do prazo de tolerância, sem que tenha havido o pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, o Segurado será informado do cancelamento da apólice, com o prazo de vigência da cobertura ajustado em função do prêmio efetivamente pago.

17.11 Os tributos incidentes sobre a contratação do seguro serão recolhidos na forma da Lei.

CLÁUSULA 18ª ATUALIZAÇÃO DOS CAPITAIS SEGURADOS, DIÁRIAS SEGURADAS E PRÊMIOS

18.1 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.

18.2 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. Para alterações facultativas no Capital Segurado Global, o Estipulante deverá solicitar formalmente e expressamente à Seguradora, observando os itens 16.5 e 16.6.

18.3 A atualização monetária não se aplica às apólices com vigência inferior a um ano.

18.4 Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais Segurados pagáveis das coberturas Morte Natural ou Morte Acidental (MNA), Cobertura Funeral (CF), Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD), Despesas Médicas,

Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Rescisão Contratual por Morte (RCM), Doenças Congênitas dos Filhos (DCF), Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), Despesas Diversas (DD) e Despesas Diversas por Acidente (DDA) 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.

CLÁUSULA 19ª RECÁLCULO DA(S) TAXA(S) DO SEGURO

19.1 A Seguradora efetuará, na data estabelecida no Contrato de Seguro, avaliações anuais 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.

19.2 Havendo necessidade de ajustes na taxa do seguro, a nova taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da Apólice e o Estipulante será comunicado previamente, com, no mínimo, 60 (sessenta) dias de antecedência do final da vigência da Apólice e observando o disposto no item 26.4.b.

19.3 Alterações em periodicidades diferentes poderão ser feitas desde que previstas nas Condições Contratuais do Seguro e desde que não sejam inferiores a 1 (um) ano de vigência da apólice.

CLÁUSULA 20ª DATA DO EVENTO DO CAPITAL SEGURO

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

a) Nas coberturas Morte Natural ou Morte Acidental (MNA), Cobertura Funeral (CF), Rescisão Contratual por Morte (RCM) e Despesas Diversas (DD), a data do falecimento;

b) Nas coberturas de Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIHA), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), Rescisão Contratual de Morte por Acidente Pessoal (RCMA) e Despesas Diversas por Acidente (DDA), a data do acidente;

c) Nas coberturas de Indenização por Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) e Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), 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;

d) Na cobertura de Diárias de Internação Hospitalar (DIH), a data da internação hospitalar;

e) Na Cobertura Adicional de Doenças Congênitas dos Filhos (DCF), a data do nascimento do filho com doença congênita devidamente comprovada por médico que esteja assistindo ao filho do 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.

20.2 O capital Segurado relativo a esta cobertura será totalmente reintegrado após o pagamento da indenização referente a Invalidez Permanente Parcial por Acidente (IPPA), de forma automática, de acordo com as demais disposições desta cobertura, sem cobrança de prêmio adicional.

CLÁUSULA 21ª REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

21.2 A reintegração da cobertura Diárias de Internação Hospitalar (DIH) é automática após cada internação, sem cobrança de prêmio adicional.

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

21.4 Não haverá possibilidade de reintegração do capital Segurado relativo as demais coberturas.

CLÁUSULA 22ª BENEFICIÁRIO(S)

22.1 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.

22.2 Na falta de indicação expressa de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão Beneficiários aqueles indicados por lei, obedecendo a ordem de vocação hereditária prevista no art. 792 do Código Civil.

22.3 Uma pessoa jurídica só poderá ser Beneficiária do Seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

22.4 Para as coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Funcional Total por Doença (IFPD), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Internação Hospitalar (DIH), Diárias de Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIHA), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), Doenças Congênitas de Filhos (DCF) e Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) o próprio Segurado será o Beneficiário.

22.5 Para as coberturas de Rescisão Contratual por Morte (RCM) e Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), o Beneficiário será o Estipulante da Apólice, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do Segurado, comprovados o vínculo empregatício e as despesas rescisão.

22.6 Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito observando-se o disposto na Cláusula 22.1.

22.7 Na hipótese de morte simultânea 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.

22.8 No que se refere à Cobertura Funeral (CF), quando o(s) Beneficiário(s)

optar(em) pela prestação deste serviço, a Seguradora irá providenciá-los, conforme disposto na Cláusula 24 destas Condições Contratuais. **Neste caso, o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao reembolso de despesas com funeral.**

22.9 Se houver contratação da cobertura de Auxílio Funeral (AUX) e o Beneficiário optar pelo reembolso de despesas, será ele o responsável pelo pagamento das despesas com o funeral.

CLÁUSULA 23ª COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

23.1 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 nos itens 23.8 a, 23.8 b e 23.8 c.

23.2 Se houver contratação da cobertura de Auxílio Funeral (AUX) e o Beneficiário optar pela prestação do serviço de Funeral, o mesmo perderá o direito ao reembolso da respectiva despesa.

23.3 O prazo para pagamento da indenização por parte da Seguradora é de 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega, pelo Estipulante, Segurado ou Beneficiário, da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida nos itens 23.8 a, 23.8 b e 23.8 c. destas Condições Contratuais.

23.4 Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao(s) Beneficiários(s) ou ao Segurado outros documentos além daqueles descritos nestas Condições Contratuais, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no item 23.3 desta Cláusula será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente ao recebimento pela Seguradora dos documentos e informações complementares.

23.5 Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a indenização não é devida, o segurado ou Beneficiário deverá ser comunicado formalmente, com a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto.

23.6 Para todos os casos de sinistro, a ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

- a) Última Guia de Fundo de Garantia e Informações da Previdência Social (GFIP),
- b) Guia(s) anterior(es) ao(s) mês(es) de afastamento, caso haja(m) Segurado(s), afastado(s) após o início de vigência do Seguro, e
- c) Cópia do Contrato Social atualizado.

23.7 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;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Cópia do Comprovante de Residência do Segurado.

23.8 Documentos do(s) Beneficiário(s):

a) Cópia do comprovante de residência do Beneficiário, independentemente de qual seja o Beneficiário descrito nos itens abaixo;

a.1) Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada com a averbação do óbito, Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento;

a.2) Companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, documento que comprove a união estável na data do evento e Formulário de autorização de pagamento;

a.3) Filhos: Certidão de Nascimento ou cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e Formulário de autorização de pagamento;

a.4) Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento; e

a.5) Beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito.

a.6) Declaração de únicos Herdeiros: caso o Segurado não tenha indicado seu(s) Beneficiário(s), em conjunto com a documentação de regulação de sinistros, deverá ser encaminhada a declaração de únicos herdeiros juntamente com a documentação do(s) respectivo(s) Beneficiário(s).

a.7) Na ausência de Beneficiário(s) indicado(s) e se houver filhos, 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.

23.9 Se contratada a cobertura de Rescisão Contratual por Morte (RCM), será necessária a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Cópia autenticada do Contrato de Trabalho firmado entre o Segurado e o Estipulante;
- b) Cópia autenticada da carteira de Trabalho atualizada;
- c) Comprovante de pagamento do salário do mês da ocorrência do óbito;
- d) Cópia autenticada do termo de rescisão do Contrato de Trabalho.

23.10 Em caso de morte acidental:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo seu preposto/Beneficiário;
- 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) 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;

j) Cópia do Comprovante de Residência do Segurado.

23.11 Documentos do(s) Beneficiário(s):

a) Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF, além de informações sobre os dados bancários;

b) 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;

c) Filhos menores de 16 anos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento, além de informações sobre os dados bancários, podendo os mesmos serem representados pelo representante legal do menor;

d) Filhos maiores de 16 anos: cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência, além de informações sobre os dados bancários;

e) Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, além de informações sobre os dados bancários; e

f) Beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito.

23.12 Se contratada a cobertura de Rescisão Contratual por Morte (RCM) ou Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), será necessária a apresentação dos seguintes documentos:

a) Cópia autenticada do Contrato de Trabalho firmado entre o Segurado e o Estipulante;

b) Cópia autenticada da carteira de Trabalho atualizada;

c) Comprovante de pagamento do salário do mês da ocorrência do óbito;

d) Cópia autenticada do termo de rescisão do Contrato de Trabalho.

23.15 Se contratada a cobertura de Cobertura Funeral (CF), além dos documentos listados no item 23.27 e subitens, será necessária a apresentação dos seguintes documentos:

a) Reembolso de Despesas com Funeral:

b) Originais dos comprovantes das despesas com Funeral;

c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com funeral.

d) Se o custeador for Pessoa Jurídica, encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social, em caso de termo de Cessão à empresa.

23.16 Reembolso de Despesas com Locação de Jazigo:

a) Cópia do Contrato de locação do Jazigo;

b) Originais dos comprovantes das despesas com a locação do jazigo;

c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do responsável pela locação do Jazigo.

23.17 Reembolso de Despesas com Repatriamento do Corpo:

a) Cópia autenticada do documento oficial comprobatório do repatriamento do corpo;

b) Originais dos comprovantes das despesas com o repatriamento do corpo;

c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com o repatriamento;

d) Se o custeador for Pessoa Jurídica, encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidade e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social.

23.18 Para menores de 14 (quatorze) anos, somente está previsto o reembolso de despesas com funeral, não estando previsto o reembolso de despesas com locação ou compra de jazigo ou repatriamento de corpo.

23.19 A documentação informada acima é básica, podendo ser solicitados outros documentos complementares.

23.20 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 (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 do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;

h) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e

i) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

23.21 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 (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) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e

h) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

23.22 Em caso de diárias de internação hospitalar por 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 (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) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e

g) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

23.23 Em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPTD):

a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e por Médico habilitado (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 por médico habilitado;

c) Declaração Médica, devidamente preenchida e assinada pelo Segurado e por Médico habilitado, 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 nos itens 6.2.f e 6.2g.

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 nos itens 6.2.f e 6.2g.

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) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado.

23.24 Em caso de diárias de 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 por Médico habilitado (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)** Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- g)** Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

23.25 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;
- b)** Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- c)** Cópia autenticada da Certidão de Nascimento dos filhos com doenças congênitas;
- 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 tenha 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.

23.26 Em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPTD):

- a)** Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b)** Resultados de todos os exames realizados e boletins médicos do Segurado (original), bem como declaração médica do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunção e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do exercício da atividade laborativa;
- c)** Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d)** Documentos de concessão de aposentadoria e/ou publicação no Diário Oficial;
- e)** Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;
- f)** Cópia do comprovante de residência do Segurado;
- g)** Certificado de seguro; e
- h)** Extrato contendo a informação sobre o saldo devedor no mês da ocorrência do sinistro.

23.27 Em caso de diárias de incapacidade temporária:

- 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) O atestado de médico habilitado, em formulário a ser fornecido pela Seguradora, indicando o prazo de duração previsto em função da incapacidade adquirida pelo Segurado;

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.

23.28 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 que forem diretamente realizadas pela Seguradora.

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

23.30 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.

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

23.32 O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado Individual vigente na data do evento.

23.33 O Capital Segurado Individual vigente na data do evento será calculado conforme a metodologia apresentada na Cláusula 15.

23.34 O não pagamento da indenização no prazo previsto no item 18.3 implicará na

aplicação de juros moratórios a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, conforme disposto na Cláusula 33.

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

23.36 Divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza ou extensão das lesões ou doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, 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, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

23.37 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro, desempassador, será paga por ambos, em partes iguais.

23.38 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.

23.39 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 cobertura em todas as apólices em vigor, nesta ou em outras Seguradoras, na data do evento.

23.40 O Capital Segurado utilizado para o cálculo da responsabilidade desta Seguradora será o Capital Segurado Individual, definido conforme no item 15.1.

23.41 Para as coberturas de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) e Diárias de Internação Hospitalar por 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).

23.42 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.

23.43 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.

23.44 Para a cobertura de Rescisão Contratual por Morte (RCM) e Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), a indenização será paga ao Estipulante da Apólice, desde que comprovado o vínculo empregatício com o Segurado na data do sinistro.

23.45 As indenizações decorrentes das coberturas Morte Natural ou Morte Acidental (MNA), Morte Acidental (MA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Auxílio Funeral (AUX), Rescisão Contratual por Morte (RCM), Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), Doenças Congênitas de Filhos (DCF), Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), Despesas Diversas (DD) e Despesas Diversas por Acidente (DDA) serão pagas sob a forma de pagamento único.

23.46 As indenizações decorrentes das coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) serão pagas mensalmente durante o período em que o Segurado se encontrar sob tratamento médico, observado o limite contratual máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

23.47 As indenizações decorrentes da cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por 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 contratado.

23.48 As indenizações decorrentes da cobertura de Diárias de 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.

23.49 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

CLÁUSULA 24ª OPÇÃO PELA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE FUNERAL

24.1 Quando contratada a cobertura prevista no item 22.9 e realizada a opção pela

prestação dos serviços de Assistência Funeral, os serviços garantidos por este Seguro serão prestados dentro das normas legais e regulamentares de cada município onde se realizarem.

24.2 Ressalta-se que a boa execução dos serviços dependerá, também, da colaboração dos familiares do Segurado, os quais deverão acionar imediatamente o serviço de 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.

24.3 Ao se acionar o serviço de funeral, deverá ser informado o nome do Segurado falecido e o número da Apólice correspondente.

24.4 O presente Seguro não contempla a prestação dos seguintes serviços:

24.4.1 Aquisição de jazigo ou carneiro;

24.4.2 Cremação, em caso de falecimento, para Segurados que residam em municípios que não disponham desse serviço;

24.4.3 Despesas extras ou não previstas no padrão de serviço contratado;

24.4.4 Pedidos de assistência funeral anterior ao início de vigência do Seguro;

24.4.5 Exumação de corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;

24.4.6 Custos de manutenção do jazigo;

24.5 Não serão prestados os serviços nas localidades onde a legislação não permita que a Seguradora ou seus conveniados possam intervir.

CLÁUSULA 25ª PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

25.1 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 do mesmo, ou de seus prepostos, ou de seu(s) corretor(es) de seguro ou seu(s) Beneficiário(s):

a) Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Contratação que tenham influenciado na aceitação do Seguro e/ou no valor do prêmio;

b) Inobservância das obrigações convencionadas na Apólice;

c) Fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências; e/ou

d) Se houver, intencionalmente, o agravamento do risco Segurado.

25.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, prevista no subitem 25.1. a, não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora procederá conforme a seguir:

25.2.1 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 e/ou restringindo a cobertura contratada.

25.2.2 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) Permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário e/ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

25.4 Nulo será o Contrato para cobertura de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.

25.5 O(s) Beneficiário(s) não terão direito ao Capital Segurado quando o

Segurado cometer suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial da cobertura individual.

25.6 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.

25.7 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao segurado, 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.

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

CLÁUSULA 26ª CANCELAMENTO E RESCISÃO DO CONTRATO DO SEGURO

26.1 Em caso de inadimplência por falta de pagamento de 2 (duas) parcelas, consecutivos ou alternados, o Seguro será cancelado 30 (trinta) dias após a data do vencimento da segunda parcela não paga.

26.2 Nos seguros não contributários, em que os prêmios são pagos pelo Estipulante, a Seguradora notificará o mesmo, com antecedência de pelo menos 30 (trinta) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

26.3 O Seguro poderá ser rescindido mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias, pela Seguradora, a contar de eventual descumprimento das obrigações previstas na Cláusula 29 por parte do Estipulante.

a) No caso de falência, extinção, liquidação ou desaparecimento do Estipulante, o Seguro será rescindido mediante aviso prévio em até 30 (trinta) dias.

b) 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 com 30 (trinta) dias de antecedência.

c) É admitida a dispensa do recolhimento de anuidade de três quartos do grupo segurado para migração de apólice coletiva em seguros não contributários estipulados por empregadores em favor de seus empregados, desde que não haja modificação que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

26.4 A Seguradora não poderá cancelar o Seguro que ainda estiver vigente, sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

26.6 A apólice coletiva pode ser rescindida a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuidade prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado e consequente cancelamento dos certificados individuais vinculados à apólice coletiva

CLÁUSULA 27ª CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

27.1 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência do certificado individual, se esta não for renovada.

27.2 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.

27.3 A cobertura individual referente à Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILTPD) e à Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) cessa quando houver pagamento de 100% (cem por cento) do capital segurado pela ocorrência de Morte Natural ou Morte Acidental (MNA).

27.4 Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda:

- a)** Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
- b)** Quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice;
- c)** Imediatamente, se constatada uma das hipóteses previstas no item "Perda do

Direito a Indenização” destas Condições Contratuais;

27.5 Além das situações mencionadas, a cobertura de cada Segurado Dependente cessa:

- a)** Se for cancelada a respectiva Cobertura Suplementar;
- b)** Se o Segurado Principal deixar o grupo segurado;
- c)** Com a morte do Segurado Principal; ou
- d)** No caso de cessação da condição de Dependente.

CLÁUSULA 28ª EXCEDENTE TÉCNICO

28.1 Se previsto no Contrato de Seguro, poderá ser instituída a cláusula de excedente técnico da forma que segue:

a) A referida cláusula estabelecerá as condições de distribuição, ao Estipulante e/ou aos segurados do grupo, dos resultados técnicos da Apólice Coletiva.

28.2 Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

- a)** Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos; e
- b)** Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

28.3 São despesas mínimas para fins de apuração dos resultados técnicos:

- a)** Comissões de corretagem pagas durante o período;
- b)** Comissões de administração pagas durante o período;
- c)** 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;

- d)** Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e
- e)** Despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante.

28.4 As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a)** O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- b)** O aviso à seguradora, para sinistros;
- c)** A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
- d)** As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

28.5 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 28.6.

28.6 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.

28.7 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.

CLÁUSULA 29ª OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

29.1 Constituem obrigações do Estipulante:

- a)** Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b)** Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro,

resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;

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

e) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

f) Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

g) 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;

h) Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

i) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

j) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;

k) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado; e

29.2 O não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a cobrança de juros e atualização monetária ou o cancelamento das coberturas, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

29.3 É expressamente vedado ao Estipulante e ao subestipulante:

a) Cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade seguradora; e

b) Efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

CLÁUSULA 30ª OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA

30.1 Informar aos segurados a situação de adimplência do Estipulante ou SubEstipulante, sempre que lhe for solicitado;

30.2 Comunicar aos segurados os casos de não repasse à sociedade seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante nos prazos contratualmente estabelecidos, bem como as consequências do não repasse; e,

30.3 Prestar ao Estipulante, e a cada componente do grupo segurado, as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

CLÁUSULA 31ª REGIME FINANCEIRO, RESGATE E PORTABILIDADE

31.1 Tendo em vista que o presente Seguro é estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto o resgate de prêmios.

CLÁUSULA 32ª MORA

32.1 A mora da Seguradora restará caracterizada a partir do término do prazo previsto no item 23.3 para a regulação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, a partir do 10º (décimo) dia em que esta devolução se tornar exigível, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável.

32.2 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.

32.3 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.

32.4 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.

32.5 Considera-se:

- a)** Data de Exigibilidade: Para seguros de Vida, a data da ocorrência do evento/sinistro.
- b)** Cancelamento do contrato: a data da solicitação do cancelamento pelo Estipulante ou a data do efetivo cancelamento por iniciativa da Seguradora.
- c)** Recebimento Indevido: a data do recebimento do prêmio pela Seguradora.
- d)** Recusa da Proposta: é data que a Seguradora formaliza a negativa da aceitação.
- e)** Indenização por reembolso: Data da solicitação formal pelo segurado, cujo valor corresponda ao montante das despesas efetuadas relativas aos riscos cobertos.

CLÁUSULA 33ª FORO

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

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

Invalide perman	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	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 1 ^o . (primeiro) dedo	10	Amputação de qualquer outro dedo	03
Encurtamento de um dos membros inferiores:		Perda total do uso de uma falange do 1 ^o . 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			

TABELAS IAIF

O IAIF é composto por duas tabelas.

A primeira, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, avalia, através de escalas compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida – Atributos. O 1^o Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2^o ou no 3^o Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados pontuados.

A segunda, Tabela de Danos Antropométricos, Fatores de Risco e Mortalidade, valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

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

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

	3º Grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistências alimentar diárias.	20
--	---	----

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do Segurado interfere na análise da morbidade do caso e/ou há IMC -Índice de Massa Corporal superior a 40 (quarenta).	02
Há riscos de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de dois fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevida e/ou refratariedade terapêutica.	08