

CONDIÇÕES GERAIS LIBERTY VIDA EM GRUPO



ÍNDICE GERAL

CONDIÇÕES GERAIS - LIBERTY VIDA EM GRUPO	3
GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS.....	3
CLÁUSULAS E CONDIÇÕES.....	6
1. DECLARAÇÕES DO SEGURADO	6
2. ÂMBITO GEOGRÁFICO	6
3. OBJETIVO.....	6
4. CONCEITO DAS COBERTURAS	6
5. RISCOS EXCLUÍDOS	20
6. ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	20
7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE	21
8. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO	22
9. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS.....	22
10. INÍCIO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	23
11. CARÊNCIA.....	23
12. FRANQUIA.....	24
13. DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO (S).....	24
14. CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL	24
15. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL	25
16. ATUALIZAÇÃO DE VALORES.....	25
17. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO.....	25
18. REENQUADRAMENTO E REAJUSTE DOS PRÊMIOS	25
19. CUSTEIO DO SEGURO	26
20. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO	26
21. PAGAMENTO DO PRÊMIO	26
22. CANCELAMENTO DAS GARANTIAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DO PRÊMIO MENSAL OU ANUAL	28
23. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO.....	28
24. OCORRÊNCIA DE SINISTROS	28
25. RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	29
26. TRANSFORMAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EM RENDA.....	32
27. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	32
28. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	33
29. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	34
30. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	34
31. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS	34
32. CLÁUSULAS SUPLEMENTARES.....	34
33. RATIFICAÇÃO	35
34. PRESCRIÇÃO	35
35. DISPOSIÇÕES FINAIS	35
36. FORO CONTRATUAL.....	35
CLÁUSULAS SUPLEMENTARES.....	35
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGES	35
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS	36

GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

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

a) Incluem-se nesse conceito:

a.1) O suicídio ou a sua tentativa, que será equiparada a acidente pessoal para fins de indenização, observada a legislação em vigor;

a.2) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) Os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) Os acidentes decorrentes de sequestros ou sua tentativa;

a.5) Os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se desse conceito:

b.1) As doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como LER (Lesão por Esforço Repetitivo), DORT (Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho), LTC (Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo) ou similares, que venham a ser aceitos pela classe médico-científica, bem como as consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência e assemelhadas como “invalidez previdenciária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

Agravamento do Risco: Circunstância que após a contratação do seguro, aumenta a probabilidade de ocorrência de sinistro, independente ou não da vontade do Segurado.

Apólice: Documento escrito, emitido pela Seguradora, que caracteriza o instrumento do Contrato de Seguro celebrado entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais e, se houver, pelas Condições Especiais e pelo Contrato. A Apólice prova a existência e o conteúdo do Contrato de Seguro.

Aviso de Sinistro: Comunicação à Seguradora da ocorrência de evento coberto, conforme previstos nas Condições Gerais e/ou Condições Especiais.

Beneficiários: São as pessoas designadas pelo Segurado Principal para receber o valor do Capital Segurado, na hipótese de sua morte devidamente coberta. No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e Diárias por Incapacidade Pecuniária, bem como no de Morte do Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário será o próprio Segurado Principal.

Capital Segurado: É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

Carência: É o período de tempo ininterrupto, contado da data do início de vigência do seguro individual, do aumento do capital ou da recondução depois de suspenso, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito às

coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo todas as coberturas ou algumas delas.

Carregamento: É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do seguro.

Certificado Individual do Seguro: É o documento destinado ao Segurado, comprovador de sua inclusão no seguro, emitido pela 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.

Condições Contratuais: É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Seguro, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, de eventuais endossos e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da Proposta de Adesão e do certificado individual do seguro.

Condições Especiais: É o conjunto de Cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições Gerais: É o conjunto de Cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários, e quando couber, do Estipulante.

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

Corretor de Seguros: É o profissional habilitado e autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerados mediante comissões estabelecidas nas tarifas. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros por meio do seu número de registro no site da SUSEP na Internet (www.susep.gov.br).

Declaração Pessoal de Saúde: É o documento formal e legal, incluso na Proposta de Adesão, em que o proponente a Segurado presta informações sobre as suas condições de saúde.

Doenças preexistentes: São as doenças, lesões e acidentes de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de contratação ou, no caso de contratação coletiva, na Proposta de Adesão.

Endosso: É o documento emitido pela Seguradora, acessório ao Contrato de Seguro, que formaliza toda e qualquer alteração na Apólice, durante sua vigência, implicando em modificação de dados, condições ou objeto do Contrato de Seguro ou sua transferência para outrem. Uma vez anexado à Apólice, o Endosso passa a prevalecer sobre as condições originais do contrato.

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

Evento coberto: É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

Franquia: É a participação obrigatória do Segurado em caso de sinistro, a qual é definida na cobertura contratada e corresponde ao período em dias, contados a partir da data do afastamento das atividades profissionais do Segurado, por determinação médica, durante o qual o Segurado não terá direito à indenização do seguro para qualquer evento.

Grupo Segurado: É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no seguro, nos termos destas Condições Gerais.

Grupo segurável: É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que preencham os demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato.

Indenização: É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

Médico Assistente: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados para exercer a prática da medicina.

Prêmio: É o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

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

Proponente: É a pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que passará a condição de Segurado Principal somente após a sua aceitação pela Seguradora.

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

Proposta de Contratação: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do risco e do interesse a ser garantido, pelo qual, a proponente pessoa jurídica, manifesta a sua vontade em contratar o seguro na qualidade de Estipulante, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Proposta de Seguro: É o documento através do qual a empresa proponente manifesta a sua vontade em contratar o seguro na qualidade de Estipulante, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Regime Financeiro de Repartição Simples: É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

Regulação do Sinistro: São os procedimentos realizados pela Seguradora para apuração e exame das causas e circunstâncias que caracterizaram o sinistro e, em face dessas verificações, concluir sobre a sua cobertura, bem como se o Segurado cumpriu as suas obrigações legais e contratuais.

Renda: Série de pagamentos periódicos devidos ao (s) Beneficiário (s) ou ao próprio Segurado

Riscos Excluídos: São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou especiais que não serão cobertos pelo presente Contrato de Seguro.

Seguradora: É a Liberty Seguros S/A, registrada no CNPJ sob o nº 61.550.141/0001-72, que assume os riscos inerentes às coberturas deste Contrato de Seguro, nos termos da legislação vigente, nas Condições Gerais deste contrato e demais normas aplicadas ao setor.

Segurados Dependentes: São o cônjuge ou a (o) companheira (o) e os filhos do Segurado Principal regularmente incluídos no seguro, sendo considerados e/ou equiparados a filhos do Segurado Principal, para fins deste seguro, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:

- a) O filho (a) e o enteado (a) do Segurado Principal, de até 18 (dezoito) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- b) O irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 18 (dezoito), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e,
- c) O absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

Segurados Principais: São as pessoas que mantêm vínculo com o Estipulante, regularmente incluídas e aceitas no seguro.

Sinistro: É a ocorrência de um evento coberto pelas coberturas contratadas, ocorrido durante a vigência material do seguro e capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora.

SUSEP (Superintendência de Seguros Privados): Autarquia federal fiscalizadora e reguladora das entidades do mercado securitário.

CLÁUSULAS E CONDIÇÕES

1. DECLARAÇÕES DO SEGURADO

As declarações do Segurado junto à Seguradora serão revestidas obrigatoriamente, da mais estrita boa-fé, exatidão e veracidade.

2. ÂMBITO GEOGRÁFICO

2.1. O presente seguro garante os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

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

3. OBJETIVO

3.1. O presente seguro tem por objetivo garantir ao Segurado ou aos seus Beneficiários o pagamento de uma importância em dinheiro, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado a seguir, desde que contratadas pelo Estipulante, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e do Contrato.

3.2. As coberturas deste seguro dividem-se em básica e adicionais, conforme segue:

3.2.1. Cobertura Básica: Morte.

3.2.2. Coberturas Adicionais:

- a) Indenização Especial por Morte Acidental (IEA);
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- c) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD);
- d) Diárias de Incapacidade Pecuniária (DIP);
- e) Auxílio Funeral em caso de Morte (AFM);
- f) Doença Congênita de Filhos (DCF);
- g) Rescisão Contratual em caso de Morte (RCM);
- h) Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD);
- i) Pagamento Antecipado Especial por Doença Profissional (PAED);
- j) Despesa Extra por Morte (DEM); e
- k) Despesa Extra por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (DEI)

3.3. Este seguro prevê ainda a possibilidade de contratação das seguintes Cláusulas suplementares:

a) Inclusão de Cônjuge; e

b) Inclusão de Filhos

3.4. O Estipulante deverá informar no formulário denominado "Proposta de Seguro", quais coberturas serão contratadas, sendo a básica obrigatória e as demais, facultativas.

4. CONCEITO DAS COBERTURAS

4.1. Morte

4.1.1. Riscos Cobertos

Visa garantir ao (s) Beneficiário (s) o pagamento do valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, na ocorrência de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais.**

4.1.2. Esta cobertura, para segurados menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, as quais podem ser

substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

4.1.3. Riscos Excluídos

Consideram-se como excluídos deste seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) Uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação radiativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) Ato de operação de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha ou revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas, ou quaisquer perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) Doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro, não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento da Segurado e/ou do Estipulante;**
- d) Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- e) Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;**
- e.1) este seguro está estruturado sob o Regime Financeiro de Repartição Simples, impossibilitando, tecnicamente, a devolução de prêmio ou reserva caso ocorra suicídio durante o período de exclusão da cobertura.**
- f) Danos causados por atos ilícitos dolosos ou por culpa grave equiparável ao dolo praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;**
- f.1) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;**
- g) Prática, por parte do Segurado, de atos contrários à Lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal;**
- h) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;**
- i) Indenizações ou prejuízos decorrentes de acordo ou condenação judicial por danos morais.**

4.2. Indenização Especial por Morte Acidental (IEA)

4.2.1. Riscos Cobertos

Quando contratada, esta cobertura garante ao (s) Beneficiário (s) o pagamento de um Capital complementar, proporcional ao estabelecido para a cobertura básica de Morte, limitado a 100% (cem por cento) desta, em caso de morte do Segurado causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto pelo seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais.**

4.2.2. Aplicam-se a esta cobertura os mesmos termos previstos no subitem 4.1.2 desta Cláusula.

4.2.3. Riscos Excluídos

Além dos riscos constantes do subitem 4.1.3. desta Cláusula, consideram-se como excluídos desta cobertura adicional:

- a) Doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite etc), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;**
- b) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) Perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie; e**

d) 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 LER, DORT, LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médica-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

4.3. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

4.3.1. Riscos Cobertos

Quando contratada, esta cobertura garante ao Segurado o pagamento de uma indenização quando ocorrer a sua invalidez permanente por acidente, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais.**

4.3.2. Riscos Excluídos

Além dos riscos constantes do subitem 4.1.3 desta Cláusula, consideram-se como excluídas desta cobertura adicional:

a) **As doenças (inclusive as profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição tais como DORT - Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, Tenossinovite, etc.), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente;**

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

c) **As perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamento, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto; e**

d) **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 LER, DORT, LTC ou similares, que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como invalidez acidentária, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.**

4.3.3. Caracterização

4.3.3.1. Como invalidez permanente por acidente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada exclusivamente por acidente pessoal coberto.

4.3.3.2. Após 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 deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, estipulada de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente" constante no subitem 4.3.4 destas Condições Gerais.

4.3.3.3. Na perda parcial, ficando reduzida (s) a (s) função (ões) do (s) membro (s) ou órgão lesado (s), a indenização será calculada pela aplicação do grau de redução funcional apresentado sobre a percentagem prevista na tabela para sua perda total. O percentual final apurado será aplicado ao Capital Segurado correspondente à cobertura de invalidez.

4.3.3.4. Na falta de indicação de percentagem de redução e sendo informado apenas o grau de redução - máximo, médio e mínimo - a indenização será calculada na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

4.3.3.5. Nos casos não especificados na Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

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

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

4.3.3.8. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente.

4.3.3.9. A invalidez permanente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de declaração médica idônea para essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, **sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.**

4.3.3.9.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

4.3.3.10. As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Parcial Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado, ou sua invalidez total e permanente, em consequência do mesmo acidente, será deduzida do valor do Capital Segurado a ser pago o valor já indenizado em razão da Invalidez Parcial por Acidente.

4.3.3.11. Após cada acidente de que decorra invalidez parcial permanente, o Capital Segurado relativo a esta cobertura será reintegrada automaticamente sem cobrança de prêmio adicional, **salvo nos casos de invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.**

4.3.4. Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente:

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

Grau de Invalidez	Discriminação	% do Capital Segurado	
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	
	TOTAL	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
		Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
		Perda total do uso de ambos os pés	100
		Alienação mental total e incurável	100
		Nefrectomia bilateral	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	
	Perda total de uso de um dos membros superiores	70	
	Perda total do uso de uma das mãos	60	

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
Grau de Invalidez	Discriminação	% do Capital Segurado
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	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: equivalente a $\frac{1}{3}$ do valor do dedo respectivo	
	PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores
Perda total do uso de um dos pés		50
Fratura não consolidada de um fêmur		50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros		25
Fratura não consolidada da rótula		20
Fratura não consolidada de um pé		20
Anquilose total de um dos joelhos		20
Anquilose total de um dos tornozelos		20
Anquilose total de um quadril		20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé		25
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, equivalente $\frac{1}{2}$, e dos demais dedos, equivalentes a $\frac{1}{3}$ do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- De 4 (quatro) centímetros	10
	- De 3 (três) centímetros	06
	- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	
	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau mínimo	10
	Em grau médio	20
	Em grau máximo	30

	NARIZ	
	Perda total do nariz	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Unilateral	07
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
	Ectrópio unilateral	03
	Ectrópio bilateral	06
	Entrópio unilateral	07
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Má oclusão palpebral bilateral	06
	Ptose palpebral unilateral	05
	Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONÇAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total da língua	50
	Parcial (menos de 50%)	15
	Parcial (mais de 50%)	30
	SISTEMA AUDITIVO	
	Perda total de uma orelha	08
	Perda total das duas orelhas	16
	PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA	
	A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
	Perda do baço	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	Perda de um rim	
	Função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	

	Perda de um testículo	10	
DIVERSAS	Perda de dois testículos	30	
	Amputação traumática do pênis	50	
	Perda do útero antes da menopausa	40	
	Perda do útero depois da menopausa	10	
	PAREDE ABDOMINAL		
	Hérnia traumática	10	
	PESCOÇO		
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15	
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15	
	Paralisia de um corda vocal	10	
	Paralisia de duas cordas vocais	30	
	Traqueostomia definitiva	40	
	TÓRAX		
	Aparelho Respiratório		
	Sequelas pós-taumáticas pleurais	10	
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total		
	Função respiratória preservada	15	
Redução em grau mínimo da função respiratória	25		
Redução em grau médio da função respiratória	50		
Insuficiência respiratória	75		
MAMAS			
Mastectomia unilateral	10		
Mastectomia bilateral	20		
ABDOMEN (ORGÃO E VÍSCERAS)			
Gastrectomia subtotal	20		
Gastrectomia total	40		
INTESTINO DELGADO			
Ressecção parcial	20		
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva.	40		
INTESTINO GROSSO			
Colectomia parcial	20		
Colectomia total	40		
Colostomia definitiva	40		
RETO E ÂNUS			
Incontinência fecal sem prolapso	30		
Incontinência fecal com prolapso	50		
Retenção anal	10		
FÍGADO			
DIVERSAS	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10	

Lobectomia com insuficiência hepática	50
Extirpação da vesícula biliar	07

SÍNDROMES NEUROLÓGICAS

Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05

4.4. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)

4.4.1. Definições: Para fins desta garantia, entende-se por invalidez funcional total e permanente por doença aquela que cause a perda da existência independente do Segurado.

4.4.2. Riscos Cobertos

A contratação desta cobertura está condicionada à cobertura de Morte e IPA e, quando contratada e pago o respectivo prêmio, garante ao Segurado, desde que este requeira, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a garantia Básica - Morte, em caso de sua invalidez funcional total e permanente por doença devidamente coberta pelo seguro, **exceto se decorrente dos riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

4.4.2.1. 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:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável, e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 (zero vírgula zero cinco) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 (zero vírgula três) e 0,05 (zero vírgula zero cinco) no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestada por profissional legalmente habilitado.
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

4.4.2.2. Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos se, avaliados através do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF previsto no subitem 4.4.10 a seguir, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

4.4.2.3. O IAIF é composto por dois documentos: o primeiro (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).

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

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

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

4.4.2.7. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

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

4.4.3. Riscos Excluídos

Além dos riscos mencionados no subitem 4.1.3 desta Cláusula, estão expressamente excluídos desta cobertura, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

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

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

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

d) As doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo progressivo;

e) As doenças agravadas por traumatismos;

f) 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;

g) Os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da existência independente do Segurado;

h) Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos nos subitens 4.4.1, 4.4.2 e 4.4.2.1 destas Condições Gerais.

4.4.4. Ocorrendo a invalidez funcional total e permanente por doença, o Segurado poderá requerer o pagamento do Capital contratado em parcela única. Por ser essa garantia uma antecipação da garantia de Morte, o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez funcional total e permanente por doença devidamente coberta, imediata e automaticamente extingue a garantia para o caso de morte, bem como o presente contrato de seguro.

4.4.4.1. Nesta hipótese, os prêmios pagos após a data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente pelo índice estabelecido no contrato, juntamente com o pagamento da indenização.

4.4.4.2. 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. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados na Cláusula 25 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros, destas Condições Gerais.

4.4.5. Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a invalidez funcional total e permanente por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e, se houver, das condições Especiais e do Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

4.4.6. Inexistindo o requerimento, o Capital contratado, quando da morte devidamente coberta do Segurado, será regularmente pago aos Beneficiários.

4.4.7. A garantia de Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença não se acumula com as garantias Morte, Indenização Especial por Acidente e Invalidez Permanente Total por Acidente.

4.4.8. A invalidez funcional total e permanente por doença deverá ser comprovada com apresentação, à Seguradora, de declaração médica idônea a essa finalidade, acompanhada de relatório médico, informando que o Segurado está totalmente inválido por doença, segundo os critérios previstos nos subitens 4.4.1, 4.4.2 e 4.4.2.1, indicando seu início, causas, circunstâncias, acompanhado de resultado de exames complementares e laudo pericial que comprove a invalidez.

4.4.8.1. 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 e total por doença.

4.4.8.2. A Seguradora se reserva 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.

4.4.9. A Seguradora se reserva também o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez total e permanente por doença e/ou avaliação do seu nível de incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.

4.4.10. Instrumentos de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF

4.4.10.1. Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTUAÇÃO
Relações do Segurado com o cotidiano	1º grau: O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau: O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º grau: O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições	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.	00
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
Condições clínicas e estruturais do Segurado	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
	1º grau: O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e	

Conectividade do Segurado com a vida	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 auto-suficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2° 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
	3° grau: O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

4.4.10.2. Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade

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

4.5. Diárias por Incapacidade Pecuniária (DIP)

4.5.1. Riscos Cobertos

Quando contratada, esta cobertura garante ao próprio segurado o pagamento de até 90 (noventa) diárias, se ele estiver impossibilitado de exercer sua atividade profissional, em decorrência de acidente ou doença, contadas a partir do período de franquia estabelecido nestas Condições, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais e Particulares.

4.5.2. Riscos Excluídos

Além dos riscos mencionados nos subitens 4.1.3. e 4.2.3, estão expressamente excluídos da cobertura de Diárias de Incapacidade Pecuniária (DIP) os sinistros ocorridos em consequência de:

- Afastamento da atividade profissional por período inferior a 15 (quinze) dias;
- Afastamento ocorrido durante o período de carência, conforme previsto na Cláusula 11 destas Condições Gerais e estabelecido na especificação da Apólice e/ou Certificado de Seguro, exceto quando decorrente de acidente;
- Cirurgias plásticas em geral, exceto quando restauradoras e resultantes de acidente ocorrido na vigência individual do seguro;
- Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética, ou relacionados a métodos de anticoncepção, ou para alterações físicas e orgânicas, exceto quando necessárias à restauração das funções alteradas em razão de evento coberto ocorrido na vigência individual;

- e) **Tratamentos clínicos ou cirúrgicos de caráter experimental;**
- f) **Inseminação artificial e tratamentos ou procedimentos para cura de infertilidade masculina ou feminina e para controle de natalidade;**
- g) **Tratamentos para senilidade, rejuvenescimento, repouso, convalescença, emagrecimento estético e suas consequências;**
- h) **Gravidez, parto ou aborto e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto;**
- i) **Cirurgias refrativas oculares;**
- j) **Tratamentos clínicos ou cirúrgicos não-éticos;**
- k) **Tratamentos ortodônticos e odontológicos, exceto quando decorrentes de acidente pessoal ocorrido dentro do período de vigência individual;**
- l) **Exames físicos de rotina ou de investigação diagnóstica (*check-up*);**
- m) **Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;**
- n) **Doenças ocupacionais e profissionais, incluindo LER, DORT e Síndrome do Túnel do Carpo;**
- o) **Tratamento de fraturas patológicas;**
- p) **Tratamento de cervicodalgias, braquialgias, dorsalgias, lombalgias, sacralgias, radiculopatias, ciáticas, entesopatias, nevrites, sinovites, tendinites ou tenossinovite;**
- q) **Tratamentos de entorses, contusões, distensões ou luxações;**
- r) **Ferimentos que não exijam tratamento sob internação hospitalar;**
- s) **Qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto se decorrentes de acidente coberto**

4.5.3. Após cada afastamento, o Capital Segurado relativo a esta cobertura será reintegrada automaticamente sem cobrança de prêmio adicional, salvo nos casos de afastamento direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente.

4.6. Auxílio Funeral em Caso de Morte (AFM)

4.6.1. Riscos Cobertos

Quando contratada, esta cobertura garante ao (s) Beneficiário (s) o reembolso das despesas com funeral em caso de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais.**

4.6.2. Esta cobertura destina-se apenas as despesas com funeral, sendo que, em caso de reembolso, devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, as quais podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos e jazigos.

4.6.3. Riscos Excluídos

Consideram-se como excluídos deste seguro os eventos relacionados no subitem 4.1.3 desta Cláusula.

4.7. Doença Congênita de Filhos (DCF)

4.7.1. Definições: entende-se por doenças congênitas as disfunções fisiológicas de origem sistêmica, bem como as provocadas por má-formação anatômica, diagnosticada e medicamente comprovadas como congênitas até o sexto mês do nascimento.

4.7.2. Riscos Cobertos

A contratação desta cobertura está condicionada à cobertura de Morte e, quando contratada e pago o respectivo prêmio, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado contratado para esta garantia, equivalente a 50% (cinquenta por cento) do Capital do titular do seguro, limitado a R\$ 10.000,00 (dez mil reais), em caso de nascimento de filho do Segurado Principal portador de qualquer limitação decorrente de doença congênita, que tenha sido diagnosticada até o 6º (sexto) mês de vida do recém-nascido, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais

4.7.3. Riscos Excluídos

Além dos riscos mencionados no subitem 4.1.3., estão excluídos da cobertura de Doença Congênita de Filhos (DCF) os seguintes eventos.

a) Diagnósticos concedidos pelo próprio Segurado, seus dependentes, parentes ou pessoa com laços de dependência econômica ou que residam com o mesmo, ainda que sejam médicos profissionais habilitados;

b) Diagnósticos concedidos por pessoa que não seja médico profissional habilitado.

4.7.4. O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora em decorrência desta garantia só será efetuado se a data de nascimento do filho ocorrer no período de vigência desta cobertura.

4.7.5. A indenização prevista para esta cobertura será devida a apenas um do (s) Beneficiário (s), caso ambos os pais figurem como Segurados Principais na mesma Apólice.

4.7.6. Uma vez paga a indenização por esta cobertura, se o filho do Segurado vier a falecer em decorrência da doença congênita diagnosticada, não será devida qualquer indenização pela Cláusula Suplementar de Inclusão de Filho (s), caso tenha sido contratada.

4.8. Rescisão Contratual por Morte (RCM)

4.8.1. Riscos Cobertos

Quando contratada, esta cobertura garante ao Estipulante do seguro o pagamento de uma indenização de até 20% (vinte por cento) do Capital Segurado da garantia básica, exclusivamente em caso de morte natural ou acidental do Segurado Principal, a título de reembolso das despesas com o acerto rescisório trabalhista, devidamente comprovado, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas destas Condições Gerais.

4.8.2. Riscos Excluídos

Consideram-se como excluídos deste seguro os eventos relacionados no subitem 4.1.3 desta Cláusula.

4.9. Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD)

4.9.1. Definições

4.9.1.1. Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença é 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.

4.9.1.2. Atividade laborativa principal do segurado é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro do último período de 01 (um) ano trabalhado, anterior à constatação da Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença.

4.9.1.3. Doença em fase terminal é aquela cujo estado clínico se considera grave, sem perspectiva de recuperação e para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis no momento, com expectativa de vida por prazo em torno de 6 (seis) meses.

4.9.1.4. Atestado emitido por médico legalmente habilitado para fins desta cobertura, é o documento emitido pelo médico especialista na patologia caracterizada, indicando o estado clínico atual e fatores correlatos ou quando for o caso, o tempo esperado de sobrevivência do Segurado, exigido para efeito de comprovação da Doença terminal. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso ele a tanto se negue.

4.9.2. Riscos Cobertos

A contratação desta cobertura está condicionada a contratação das coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e, quando contratada e pago o respectivo prêmio, garante ao próprio Segurado, desde que requerido, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a garantia básica - Morte, em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença que incapacite o Segurado para o exercício de sua atividade laborativa principal, desde que devidamente coberta pelo seguro, **exceto se decorrente dos riscos excluídos e desde que observadas as demais Cláusulas das Condições Gerais do seguro.**

4.9.3. Riscos Excluídos

Além dos riscos expressamente excluídos no subitem 4.1.3. desta Cláusula, estão também excluídos da cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença as interações ocorridas em consequência de:

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

b) Doenças, acidentes ou lesões preexistentes a contratação do seguro, inclusive as congênitas, não declaradas na proposta de adesão;

c) As doenças agravadas por traumatismos;

d) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.

4.9.4. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doenças em fase terminal, devidamente atestada por médico legalmente habilitado.

4.9.5. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

4.9.6. Não podem configurar como Segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.

4.9.7. Comprovada a invalidez laborativa total e permanente por doença, poderá o Segurado requerer o pagamento do capital contratado, extinguindo-se a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual.

4.9.8. A cobertura de Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença não se acumula com nenhuma outra cobertura.

4.9.9. Após o pagamento da indenização ou da primeira parcela, quando paga sob a forma de renda, o segurado será automaticamente excluído da apólice, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados de acordo com o disposto na Cláusula 14.

4.9.10. No caso de o segurado não ser excluído da apólice, se o estado de invalidez laborativa cessar antes do término do pagamento da renda contratada, o valor do capital segurado da cobertura será reintegrado.

4.9.11. Após o pagamento da indenização ou da primeira parcela, quando paga sob a forma de renda, caso o segurado permaneça na apólice, o valor do prêmio deverá ser ajustado de acordo com as coberturas remanescentes, a partir da respectiva data de pagamento da indenização.

4.10. Pagamento Antecipado Especial por Doença Profissional (PAED)

4.10.1. Definições

4.10.1.1. Invalidez Permanente Total por Doença: é aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

4.10.1.2. Doença adquirida no ambiente Profissional: é aquela adquirida no exercício da profissão, face exposição ao risco, pela natureza da atividade ou condições ambientais profissionais,

4.10.1.3. Atestado emitido por médico legalmente habilitado: para fins desta cobertura, é o documento emitido pelo médico especialista na patologia caracterizada, indicando o estado clínico atual e fatores correlatos. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso ele a tanto se negue.

4.10.1.4. Quadro clínico irreversível: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente, para o qual não se espera melhora ou alteração por meio dos recursos terapêuticos existentes na ocasião.

4.10.2. Riscos Cobertos

A contratação desta cobertura está condicionada a contratação das coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e, quando contratada e pago o respectivo prêmio, garante ao próprio Segurado, desde que requerido, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a garantia básica - Morte, caso o segurado seja diagnosticado, durante a vigência da cobertura, como portador de quadro clínico irreversível, em decorrência de Invalidez

Permanente Total por Doença adquirida no ambiente Profissional, devidamente atestada por médico legalmente habilitado a este fim, **exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais Cláusulas das Condições Gerais do seguro.**

4.10.3. Riscos Excluídos

Além dos riscos expressamente excluídos no subitem 4.1.3. desta Cláusula, estão também excluídos da cobertura de Pagamento Antecipado Especial por Doença Profissional as interações ocorridas em consequência de:

- a) A perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência direta e/ou indireta de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) Doenças, acidentes ou lesões preexistentes a contratação do seguro, inclusive as congênicas, não declaradas na proposta de adesão;**
- c) As doenças agravadas por traumatismos;**
- d) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER - DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo. Igualmente estão excluídas desta cobertura, as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou semelhantes, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal.**

4.11. Despesa Extra por Morte (DEM)

4.11.1. Riscos Cobertos

A contratação desta cobertura está condicionada a contratação da cobertura de Morte e, quando contratada e pago o respectivo prêmio, garante o pagamento de uma verba adicional, até o limite estipulado na apólice em caso de Morte natural ou acidental do Segurado principal, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observados os demais itens desta Cláusula e das Condições Gerais do seguro.**

4.11.2. Riscos Excluídos

Consideram-se como excluídos desta cobertura os eventos previstos no subitem 4.1.3. desta Cláusula.

4.12. Despesa Extrapor Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (DEI)

4.12.1. Riscos Cobertos

A contratação desta cobertura está condicionada a contratação das coberturas de Morte ou Morte Acidental e, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e, quando contratada e pago o respectivo prêmio, garante o pagamento de uma verba adicional, até o limite estipulado na apólice em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Segurado principal, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observados os demais itens desta Cláusula e das Condições Gerais do seguro.**

4.12.2. Riscos Excluídos

Consideram-se como excluídos desta cobertura os eventos previstos no subitem 4.1.3 e 4.3.2. desta Cláusula.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos as exclusões deste seguro, inclusive as específicas de cada cobertura, encontram-se na CLÁUSULA 4 - CONCEITO DAS COBERTURAS, informadas logo após os riscos cobertos

6. ACEITAÇÃO DO SEGURO

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

6.1.1. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para realizar a análise técnica e aceitar, ou declinar, o risco proposto pelo Estipulante.

6.1.2. Passado o referido prazo sem manifestação da Seguradora, o seguro será considerado aceito.

6.1.3. No caso de não ser aceita a proposta de contratação, a Seguradora procederá a comunicação formal, com justificativa, de sua recusa, dentro do mesmo prazo previsto no subitem 6.1.1. desta Cláusula, sob pena de, não o fazendo, restar caracterizada a aceitação tácita da proposta.

6.1.4. Para melhor análise do risco que está sendo proposto a Seguradora poderá, uma única vez, solicitar documentação complementar, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, que por sua vez ficará suspenso, voltando a ser contado a partir da data em que se der a entrega da documentação solicitada.

6.2. Recebida a Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante, caso seja aceita e haja a adesão do número mínimo de Segurados, conforme estabelecido no contrato, será emitida a Apólice, e a inclusão dos proponentes será feita conforme disposto no Contrato, observado o que segue:

a) O envio dos dados será feito por meio de mídia magnética, em layout e formato fornecidos pela Seguradora ao Estipulante contendo, no mínimo, nome completo, data de nascimento, sexo, documento de identificação, valor do Capital Segurado e prêmio;

b) Deverá (ao) acompanhar o arquivo mencionado na alínea "a" a(s) respectiva(s) Proposta(s) de Adesão e Declaração(ões) Pessoal(is) de Saúde, devidamente preenchida(s) e assinada(s) pelo(s) proponente(s);

c) A Proposta de Adesão deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco individual;

d) A Seguradora fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento, e procederá a análise de aceitação ou recusa da Proposta de Adesão, de acordo com a Cláusula 9 - Aceitação e Inclusão de Segurados, destas Condições Gerais.

e) Caso a Proposta de Adesão seja aceita, a Seguradora enviará o certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações.

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

6.3.1. O não-recebimento da movimentação mensal implicará no faturamento com base na fatura do mês anterior, devendo as exclusões ou inclusões de Segurados e acertos dos valores devidos ser regularizados na fatura subsequente.

6.4. A não-aceitação devidamente justificada da Proposta de Contratação por parte da Seguradora será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de prêmio eventualmente efetuado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizados da data do pagamento até a data da efetiva restituição, pelo índice estabelecido no contrato, conforme legislação vigente.

6.5. Qualquer alteração no Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante acordo entre Seguradora e Estipulante, seu representante legal, ou por corretor de seguros, observadas as condições estabelecidas no subitem 6.2, e desde que acarretem ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, mediante anuência que representem 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

6.6. São documentos do presente seguro a proposta, a Apólice com os respectivos anexos e o documento de cobrança devidamente quitado.

6.7. Não é permitida a presunção de que a Seguradora possa ter conhecimento de circunstâncias que não constem da proposta, Apólice e seus anexos, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente, na forma do subitem 6.5 desta Cláusula.

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

7.1. A vigência desta Apólice será de 12 (doze) meses, iniciando-se às 24 (vinte e quatro) horas da (s) data (s) definida nas Condições Contratuais.

7.2. A Seguradora providenciará a emissão da Apólice ou do endosso no prazo de 2 (dois) dias úteis, a partir da data da aceitação da Proposta de Seguro.

7.3. Nas propostas de seguro recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as Partes e indicada nas Condições Contratuais.

7.4. Nas propostas de seguros recepcionadas com adiantamento do prêmio, total ou parcial, o seu início de vigência será a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que a Seguradora receber a proposta assinada pelo Estipulante.

7.5. Na renovação da Apólice deverá ser observado o que segue:

- a) Caso haja, na renovação, alteração da Apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de Segurados que representem pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo Segurado;
- b) A Apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas na Cláusula 28 - Cancelamento do seguro, destas Condições Gerais;
- b.1) A renovação automática a que se refere esta alínea não se aplica aos Estipulantes ou à Seguradora que comunicarem desinteresse na continuidade do contrato, caso avisem a inexistência de interesse na sua renovação com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data do final de vigência contrato.
- c) Feita uma renovação automática, as renovações seguintes deverão ter anuência expressa do Estipulante;
- d) Após a primeira renovação automática, o Estipulante/Segurado, seu representante e/ou o Corretor de Seguros deverá enviar à Seguradora pedido de renovação até 30 (trinta) dias antes do termo final da vigência deste contrato;
- e) A Seguradora fornecerá ao Estipulante, seu representante e/ou o Corretor de Seguros o protocolo que identifique o pedido/proposta de renovação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento;
- f) À proposta de renovação se aplicam os mesmos prazos e procedimentos de aceitação indicados na Cláusula 6 - Aceitação do seguro, destas Condições Gerais.

8. ÍNDICE MÍNIMO DE ADESÃO

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

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

9. ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

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

- a) Estejam em plena atividade profissional/laborativa;
- b) Em perfeitas condições de saúde; e
- c) Tenham idade dentro dos limites estabelecidos nas Condições Contratuais da Apólice na data do início da vigência do seguro individual.

9.2. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para avaliar a Proposta de Adesão, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificações no risco. A ausência de manifestação da Seguradora, por escrito, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

9.3. A Proposta de Adesão será recepcionada pela Seguradora sob protocolo, com indicação da data e hora de seu recebimento e, com base na declaração prestada pelo Proponente, a Seguradora fará análise para aceitação ou recusa dos riscos individuais propostos, os quais deverão obrigatoriamente apresentar as seguintes informações:

- a) Dados pessoais;
- b) CPF ou outro documento identificador de âmbito nacional
- c) Declaração ou prova de saúde;
- d) Declaração de conhecimento prévio das Condições Gerais do presente contrato;
- e) Indicação do (s) Beneficiário (s).

9.4. É facultado à Seguradora solicitar, para efeito de subscrição ou aumento no valor do Capital Segurado, informação ao proponente ou ao Segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

9.5. A Seguradora reserva-se o direito de exigir do Proponente informações complementares para avaliação do risco, dentro do prazo de 15 (quinze) dias.

9.5.1. Uma vez solicitada documentação complementar, o prazo de 15 (quinze) dias para a aceitação ou recusa será suspenso e voltará a ser contado a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega dos documentos solicitados.

9.5.2. A solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta ocorrerá apenas uma única vez durante o prazo de avaliação do risco.

9.5.3. A não-aceitação da Proposta de Adesão por parte da Seguradora será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer prêmio eventualmente pago, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, atualizado pelo IPCA - Índice de Preços ao Consumidor Amplo, da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, conforme legislação vigente.

9.6. Os aposentados, desde que não decorrente de invalidez, podem ser incluídos no seguro, pagando eles próprios, ou o Estipulante, seus respectivos prêmios.

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

9.7.1. É vedada, ao Segurado afastado de sua atividade laborativa, toda e qualquer alteração de Capital após seu afastamento.

10. INÍCIO DA COBERTURA INDIVIDUAL

10.1. O início de vigência do risco individual se dará conforme segue.

a) Os certificados terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicados;

b) Para a Proposta de Adesão ou pedido de endosso sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a data de aceitação da proposta ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as Partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice;

c) Para a Proposta de Adesão ou pedido de endosso recepcionado com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência do risco individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela Seguradora.

10.2. No início de cada vigência individual do seguro, bem como nos aniversários subsequentes, a Seguradora providenciará a emissão do Certificado Individual do seguro, com os nomes do Segurado e Dependentes, se for o caso, início e final de vigência do seguro, Capital Segurado e Prêmio total, entre outros.

11. CARÊNCIA

11.1. Poderá ser estabelecido prazo de carência para as coberturas previstas neste seguro, o qual estará limitado a 6 (seis) meses, a critério da Seguradora.

11.1.1. Havendo carência, o período estará especificado na Apólice e no Certificado Individual de Seguro e, exceto no caso de suicídio e sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto no certificado de seguro.

11.1.2. Não haverá carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para a hipótese de suicídio e/ou sua tentativa ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro.

11.2. No caso de transferência do Grupo Segurado para outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos na Apólice do seguro anterior.

11.3. As coberturas que estão sujeitas ao período de carência definido nas Condições Especiais são.

a) Morte;

b) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPD-F); e

c) Diárias por Incapacidade Pecuniária (DIP), quando o sinistro for decorrente de doença.

11.3.1. O período de carência destas coberturas será informado nas Condições Contratuais e contado a partir da data de início da vigência anual.

11.4. Estipulada carência para as garantias previstas nestas Condições Gerais e nas Especiais, durante o prazo estabelecido a Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza.

12.FRANQUIA

12.1. A garantia de Diárias por Incapacidade Pecuniária (DIP) terá um período de franquia de 15 (quinze) dias, contado a partir da data do afastamento de suas atividades profissionais.

12.2. Durante o prazo de franquia, a Seguradora não responderá por sinistros de qualquer natureza.

13.DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO (S)

13.1. É facultado ao Segurado indicar livremente o (s) Beneficiário (s), ressalvadas as restrições legais. Na falta da indicação de Beneficiário (s), aplicar-se-á, para efeito de pagamento do Capital Segurado, o disposto no art. 792 do Código Civil Brasileiro.

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

Parágrafo Único - Na falta das pessoas indicada neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência."

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

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

13.3. Observado o disposto no artigo 791 do Código Civil, é facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir o (s) seu (s) Beneficiário (s), mediante manifestação escrita.

"Art. 791 - Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a cobertura de alguma obrigação, é lícita a substituição do Beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade."

13.4. Caso o Segurado não dê ciência à Seguradora da substituição de seu (s) Beneficiário (s), na forma prevista no subitem anterior, a Seguradora se desobrigará, pagando o Capital Segurado ao (s) antigo (s) Beneficiário (s).

13.5. No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Diárias por Incapacidade Pecuniária e Doença Côngenita de Filhos, previstas nestas Condições Gerais, bem como no caso de morte do Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

13.5.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais deste, salvo disposição em contrário.

13.6. O Beneficiário da cobertura de Rescisão Contratual por Morte (RCM) será sempre o Estipulante do seguro.

13.7. As demais coberturas não citadas nos subitens 13.5 e 13.6, mas previstas nestas Condições Gerais, serão devidas ao (s) Beneficiário (s) do Segurado Principal.

14.CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

14.1. Para fins deste seguro, Capital Segurado é a importância máxima, por cobertura contratada, a ser paga ou reembolsada, vigente na data do evento.

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

a) Nas Coberturas de Morte, Auxílio Funeral em caso de Morte (AFM), Rescisão Contratual por Morte (RCM) e Despesas Extras por Morte (DEM): a data do falecimento;

b) Nas Coberturas de Indenização Especial por Acidente (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Despesas Extras por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (DEI): a data do acidente;

c) Nas Coberturas de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), Pagamento Antecipado Especial por Doença (PAED) e Doença Congênita de Filhos (DCF): a data em que a invalidez ficar caracterizada, através de declaração médica idônea, reconhecida pelo Segurado Principal e aceita pela Seguradora;

d) Na Cobertura de Diária por Incapacidade Pecuniária (DIP): a data a data em que o Segurado se afastar de sua atividade profissional.

14.3. Nos planos coletivos, para cada grupo pode haver uma ou mais classes de Capitais Segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos, tais como idade e salário.

15. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL

15.1. Os valores do Capital Segurado e do prêmio serão atualizados monetariamente a cada ano com base no IPCA, e/ou anualmente, segundo a variação dos salários e proventos para todos os Segurados do grupo segurado, de acordo com o que dispuserem as Condições Contratuais.

15.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do referido índice, a atualização monetária terá por base aquele que vier a substituí-lo.

15.2. É assegurada aos aposentados e afastados de serviço a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para os componentes ativos.

16. ATUALIZAÇÃO DE VALORES

16.1. 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.

16.1.1. Para efeito de atualização monetária será utilizado o IPCA

16.1.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido em 16.1.1, a atualização monetária terá por base o índice que vier a substituí-lo.

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

16.1.2. Os juros de mora pactuados no caso de descumprimento contratual por qualquer das Partes contratantes será fixado no máximo de 1% (um por cento) ao mês.

I. Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido em 16.1.1, a partir da data em que se tornarem exigíveis, conforme segue:

a) Cancelamento do contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora;

b) Recebimento indevido de prêmio: a partir da data de recebimento do prêmio;

c) Recusa da Proposta de Seguro ou Proposta de Adesão: a partir da data de formalização da recusa

II. Os demais valores das obrigações pecuniárias da Seguradora, incluindo as indenizações, sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido em 16.1.1. Na hipótese de descumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a Seguradora atualizará o valor devido a partir da data de exigibilidade, ou seja, a data de ocorrência do evento.

16.2. Os valores relativos às obrigações pecuniárias serão acrescidos de multa, quando prevista no contrato, e de juros moratórios, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado em contrato para esse fim. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato, devem utilizar a taxa estipulada no subitem 16.1.2.

17. PRÊMIO, CÁLCULO E RECÁLCULO

17.1. O prêmio de cada Segurado é o produto da taxa indicada no Contrato pelo respectivo Capital da (s) cobertura (s) contratada (s) pelo Segurado e sua faixa etária.

17.2. O aumento na taxa deverá ocorrer por endosso ou aditivo ao contrato, com concordância expressa e escrita do Estipulante, observado o disposto na Cláusula 28 - Cancelamento do seguro, destas Condições Gerais.

17.3. Caso a alteração de taxa prevista no subitem anterior implique em ônus ou dever aos Segurados, ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de Segurados que representem pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo Segurado.

18. REENQUADRAMENTO E REAJUSTE DOS PRÊMIOS

18.1. Sempre que ocorrer, dentro da periodicidade definida no Contrato de Seguro, a alteração de idade do Segurado e conseqüentemente o seu deslocamento para outra faixa etária, a Seguradora somará à taxa anterior o percentual de

reenquadramento previsto no Contrato e realizará a cobrança do novo prêmio a partir do mês de renovação da Apólice de seguro.

18.2. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do Segurado, incluindo os valores ou percentuais, constará das Condições Contratuais e será disponibilizada aos proponentes quando de sua adesão ao seguro.

18.3. Independentemente da alteração da faixa etária, o Capital Segurado e o prêmio do seguro serão atualizados monetariamente, conforme estabelecido na Cláusula 16 – Atualização de Valores, destas Condições Gerais.

19. CUSTEIO DO SEGURO

Para fins deste seguro e de acordo com a Proposta de Seguro, o custeio pode ser:

a) Não-Contributário (Instituído): forma de seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento totalmente sobre o Estipulante. Neste tipo de seguro, todos os componentes do Grupo Segurável serão incluídos na Apólice, excetuando-se apenas as pessoas não aceitas ou impedidas de serem seguradas, e aquelas que não protocolarem Proposta de Adesão na Seguradora; ou

b) Contributário (Averbado): forma de seguro em que os Segurados pagam o prêmio, recaindo o ônus de seu pagamento, total ou parcialmente, sobre os mesmos. Neste tipo de Seguro serão incluídos na Apólice somente os componentes do grupo segurável que se manifestarem expressamente pela sua inclusão no seguro.

20. PERIODICIDADE DE PAGAMENTO DO PRÊMIO

De acordo com o convencionado na Proposta de Seguro, o prêmio deste seguro poderá ser pago nas periodicidades anual, anual fracionado ou mensal.

21. PAGAMENTO DO PRÊMIO

21.1. A cobrança do prêmio será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora, do qual constarão, no mínimo, os seguintes elementos, independentemente de outros que sejam exigidos pela regulamentação em vigor.

- a) Nome do Estipulante;
- b) Valor do prêmio;
- c) Data de emissão;
- d) Número da Apólice e Proposta de Seguro;
- e) Data limite para o pagamento.

21.1.1. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, o Capital Segurado deverá ser atualizado até a data do evento gerador, com base no índice previsto no subitem 16.1.1.

21.1.2. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 21.1 diretamente ao Estipulante ou seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

21.2. Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, a Seguradora se obriga a manter registro das datas das operações realizadas.

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

21.3.1. Quando o pagamento for efetuado por meio da rede bancária, além das informações mínimas a que se refere o subitem 21.1, constarão ainda do documento de cobrança:

- a) Número da conta corrente da Seguradora;
- b) Nome e respectiva agência do banco recebedor; e
- c) Indicação de que o prêmio poderá ser pago em qualquer agência do mesmo ou de outros bancos, se for o caso.

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

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

21.5.1. Não haverá neste seguro a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.

21.5.2. Será garantida ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer das parcelas, com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados.

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

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

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação % Entre a Parcela de Prêmio Paga e o Prêmio Total da Apólice	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência Original
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180

Relação % Entre a Parcela de Prêmio Paga e o Prêmio Total da Apólice	Fração a Ser Aplicada Sobre a Vigência Original
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

21.5.5. Para percentuais não previstos no subitem 21.5.4, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

21.5.6. A Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante legal, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme subitem 21.5.4.

21.5.7. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos na Cláusula 16 - Atualização de Valores, destas Condições Gerais, dentro do novo prazo de vigência ajustado, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice.

21.5.8. Findo o novo prazo de vigência da cobertura proporcional referido no subitem 21.5.4 sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, se dará de pleno direito o cancelamento do Contrato de Seguro.

21.5.9. No caso de fracionamento em que a aplicação da Tabela de Prazo Curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua vigência, sem cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.

21.5.10. O disposto no subitem 21.5 e em seus respectivos subitens não se aplica aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

21.6. A Seguradora providenciará aviso alertando a inadimplência, no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados da primeira parcela não paga.

21.7. Nos casos previstos no subitem 21.5, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio serão deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento.

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

21.9. O direito à indenização não ficará prejudicado quando ocorrer sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que o pagamento tenha sido realizado.

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

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

21.11. Os prêmios cobrados através de desconto ou consignação em folha de pagamento, não sendo o empregador o Estipulante do seguro, deverão ser recolhidos diretamente à Seguradora, mediante fatura ou documento de cobrança por ele apresentado, por meio da rede bancária.

21.12. Este seguro está estruturado sob Regime Financeiro de Repartição Simples, que não contempla o resgate ou a devolução de prêmio (s) pago (s) pelo (s) Segurado (s) ou estipulante.

21.13. Se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, desde que haja comprovação de que houve o desconto do prêmio do seguro em folha de pagamento. Assim sendo, a Seguradora responderá durante o período de tolerância, previsto no subitem 22.2.1, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

22. CANCELAMENTO DAS GARANTIAS POR ATRASO NOS PAGAMENTOS DO PRÊMIO MENSAL OU ANUAL

22.1. Quando o custeio do prêmio se der sob a forma mensal ou anual, a falta de pagamento do prêmio, por um período de até 30 (trinta) dias, não acarretará no cancelamento automático do seguro.

22.2. Durante os 30 (trinta) dias mencionados no subitem anterior, as coberturas previstas na Apólice não ficarão prejudicadas.

22.3. O Estipulante ou, quando for o caso, o Segurado, em atraso com o pagamento do prêmio, será notificado para pagamento da parcela do prêmio em mora, acrescida dos encargos contratualmente previstos na Cláusula 16 - Atualização de Valores, destas Condições Gerais.

22.4. O não-pagamento da parcela do prêmio dentro do prazo de 30 (trinta) dias de seu atraso acarretará o cancelamento imediato e automático do seguro, não sendo mais permitida a reabilitação das coberturas, sem prejuízo da cobrança, pela Seguradora, dos prêmios vencidos enquanto esteve vigente o seguro.

23. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) Com a morte ou invalidez permanente total do Segurado Principal;
- b) Com o recebimento do Capital Segurado relativo à cobertura de Invalidez Funcional Total e Permanente por Doença;
- c) Automaticamente, com o cancelamento ou final de vigência da Apólice sem renovação, respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago;
- d) Automaticamente, na data em que houver o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante;
- e) Por solicitação escrita do Segurado, informando que não deseja continuar no seguro;
- f) Quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio mensal ou anual, conforme o caso, observado o disposto na Cláusula 22 – Cancelamento das Garantias por Atraso nos Pagamentos do Prêmio Mensal ou Anual, destas Condições Gerais;
- g) Com o fim do novo prazo de vigência da cobertura proporcional referido no subitem 21.5.4 da Cláusula 21 – Pagamento do Prêmio, destas Condições Gerais, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio.

24. OCORRÊNCIA DE SINISTROS

24.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá (ão) o Segurado ou o (s) Beneficiário (s) informá-lo à Seguradora, logo que o saiba, e comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência por meio dos documentos básicos listados na Cláusula 25 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

24.2. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da indenização devida pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento pela Seguradora de toda documentação listada na Cláusula 25 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros, que comprove a ocorrência de sinistro coberto pela Apólice e os prejuízos indenizáveis.

24.3. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar ao (s) Beneficiários (s) ou ao Segurado outros documentos além daqueles estabelecidos na Cláusula 25 - Relação de Documentos para Liquidação de Sinistros e seus subitens, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo mencionado no subitem 24.2 será suspenso e voltará a ser contado a partir do recebimento, pela Seguradora, desses documentos e informações ou esclarecimentos complementares.

24.4. Caso não seja observado o prazo previsto no subitem 24.2, os valores devidos serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária conforme definidos na Cláusula 16 - Atualização de Valores, e também de multa moratória de 2% (dois por cento) ao mês.

24.5. Os juros moratórios e multa moratória serão contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado no subitem 24.2, enquanto a atualização monetária será aplicada a partir da data do aviso do sinistro até a data do efetivo pagamento.

24.6. O pagamento será realizado em parcela única, por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominativo, pagável no domicílio ou praça indicada pelo (s) Beneficiário (s) ou segurado no aviso de sinistro.

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

24.6.2. Reconhecida a invalidez laborativa ou funcional, conforme o caso, pela sociedade seguradora, a indenização será paga de uma só vez ou sob a forma de renda certa, temporária ou vitalícia, em prestações mensais, iguais e sucessivas, conforme acordado entre as partes.

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

25.RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

25.1. Os documentos indicados a seguir são imprescindíveis para o procedimento de regulação de sinistro. Assim, deverão ser encaminhados à Seguradora em suas vias originais ou cópias autênticas, para conclusão do procedimento administrativo:

Documentos Necessários	Morte	IEA	IPA	IFPD	AFM	DCF	RCM	DIP	ILPD	PAED	DEM	DEI
Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo(s) Beneficiário(s) e respectivo(s) médico(s) assistente(s)	X	X			X		X				X	
Cópia da certidão de óbito	X	X			X		X					
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Declaração médica indicando <i>causa mortis</i> , com firma reconhecida	X	X			X		X				X	
Cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença	X	X			X		X					
Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social	X	X			X		X				X	

Radiografias e exames médicos (quando houver)	X	X			X		X						
Declaração do hospital onde a vítima foi atendida (quando houver)	X	X			X		X					X	
Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (quando o Segurado era o condutor do veículo)	X	X			X		X						
Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial	X	X			X		X						
Laudo de dosagem alcoólica e/ou exame toxicológico (quando houver)	X	X			X		X						
Laudo de exame cadavérico (IML)	X	X			X		X						
Cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver (em caso de morte por carbonização)	X	X			X		X						
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente		X	X					X	X	X			X
Carteira de trabalho do Segurado e ficha de registro do funcionário na empresa		X	X	X		X		X	X	X			X
Documento que comprove a ocorrência do acidente: Boletim de Ocorrência (BO) ou Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT)		X	X					X					X
Laudo de exame de corpo de delito (IML)		X	X										X
Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (quando o Segurado era o condutor do veículo)		X	X										X
Relatório médico assinado pelo médico-assistente informando o grau de invalidez		X	X										X
Documentação médica ou exames realizados pelo Segurado		X	X										X
Declaração médica constatando a doença, seu prognóstico e período estimado do afastamento								X					
Cópia das 3 (três) últimas relações mensais do FGTS ou documentos contábeis que demonstrem retiradas de pró-labore pelo Segurado								X					
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado, seu cônjuge ou outro dependente do mesmo e pelo médico-assistente sendo que: - deve constar declaração médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro); e - deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre como quadro clínico incapacitante, na forma definida na Cláusula 4 destas Condições Gerais.					X								
Relatório do médico-assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada, e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico, ou segmento corporal, que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autônomas do Segurado;					X								
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					X								
Aviso de Sinistro, assinado pelo próprio Segurado e pelo médico assistente, constando declaração médica indicando a data da constatação da Invalidez Permanente Total por Doença Congênita do							X						

Filho (data do sinistro)																				
Cópia do último holerite do Segurado Principal (quando o capital for múltiplo de salário)								X												
Cópia da Certidão de Nascimento do filho diagnosticado com a doença congênita								X												
Relatório do médico-assistente do Segurado, detalhando a data do diagnóstico, tratamentos instituídos e evolução da doença congênita do filho								X												
Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico até a presente data.								X												
Relatório médico devidamente preenchido, assinado, carimbado e com firma reconhecida pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença e o grau da invalidez, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem como a data da caracterização da Invalidez Laborativa e ou Profissional (conforme o caso)														X	X					
Documentos médicos originais que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível														X	X					
Documentos dos Beneficiários																				
Cópia do RG, CPF e comprovante de residência do(s) Beneficiário(s), quando maior(es) de 18 (dezoito) anos, ou certidão de nascimento, quando menor(es) de 18 anos	X	X				X		X											X	
No caso de beneficiários incapazes: - menores sujeitos ao poder familiar: RG e CPF do pai e da mãe; - menores sujeitos à tutela: apresentação de termo de tutela e RG e CPF do tutor; - maiores de idade: apresentação de termo de curatela e RG e CPF do curador.	X	X				X		X											X	
Em caso de Companheiro(a), documentos comprobatórios da qualidade de companheiro do Segurado, no momento do sinistro;	X	X				X		X											X	
Declaração de único(s) herdeiro(s) com 2 testemunhas, com firma reconhecida de todos os signatários e cópia do RG e CPF das testemunhas.	X	X				X		X											X	

25.2. A responsabilidade pelo pagamento das indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora, não se estabelecendo nenhuma relação neste sentido com o Estipulante.

25.3. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, ou ainda sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Contratuais, será proposta a constituição de junta médica pela Seguradora ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias contados da data da contestação.

25.3.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das Partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em Partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

26. TRANSFORMAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EM RENDA

26.1. As indenizações pela cobertura de Morte ou pelas coberturas adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença podem ser pagas integral ou parcialmente, sob a forma de renda certa em prestações mensais, iguais e sucessivas, conforme acordado entre as Partes, desde que tenha havido opção expressa do Segurado neste sentido, devendo ser estabelecido pelas Partes o valor da renda mínima inicial nas Condições Contratuais.

26.2. O valor de cada parcela deve ser calculado utilizando-se a taxa de juros definida nas Condições Contratuais, limitada a 6% (seis por cento) ao ano, na forma da Tabela Price, e atualizado anualmente a partir da data de sua concessão, com base no índice definido na Cláusula 16 - Atualização de Valores, destas Condições Gerais, acrescido do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda.

26.3. Para as indenizações sob a forma de renda será (ão) constituída (s) a (s) provisão (ões) matemática (s) de acordo com a legislação vigente.

26.4. O Segurado se compromete a se submeter a exames e/ou perícia médica solicitados pela Seguradora, para a concessão ou manutenção de quaisquer dos benefícios garantidos por esta Cláusula.

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

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

27. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

27.1. Conforme estabelecido nos artigos 765 e 766 do Código Civil Brasileiro:

Artigo 765

“O Segurado e o Segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes.”

Artigo 766

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

27.1.1. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) Cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

- a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

27.2. O Segurado também perderá o direito ao pagamento do Capital Segurado com base no presente seguro, caso haja por parte dele, seu (s) representante (s) e/ou seu (s) Beneficiário (s):

- a) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- b) Ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado, com o propósito de obter vantagem ilícita com o seguro;
- c) Não-fornecimento da documentação solicitada; e

d) Agravamento intencional do risco objeto do contrato, conforme previsto no Código Civil Brasileiro:

Art. 768:

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

27.3. Caso ocorra incidente suscetível de agravar o risco coberto, o Segurado, de imediato, deverá comunicar o fato, por escrito à Seguradora, sob pena de perder o direito à Cobertura, conforme estabelecido no Código Civil Brasileiro:

Art. 769:

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

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

“O Segurador, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco sem culpa do Segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de resolver o contrato.”

27.5. Nos termos do § 2º do artigo 769 do Código Civil Brasileiro, o cancelamento previsto no subitem anterior será eficaz após 30 (trinta) dias da notificação do Segurado:

“O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio.”

28. CANCELAMENTO DO SEGURO

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

- a) Se o Estipulante impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;
- b) Se ocorrerem infrações ou fraudes praticadas pelo Estipulante, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro;
- c) Com a extinção do Estipulante como pessoa jurídica ou sua inabilitação determinada por órgão competente, a que este estiver vinculado;
- d) Com a morte do Estipulante, no caso de este ser pessoa física.

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

- a) Por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;
- b) Pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento dos prêmios, nos termos do subitem 21.2.1;
- c) Se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- d) Quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa-fé objetiva para com a Seguradora.

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

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

28.5. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

- I. A sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;

II. Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a Tabela de Prazo Curto constante da Cláusula 21 – PAGAMENTO DO PRÊMIO destas Condições Gerais.

29. OUTRAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato, constituem, ainda, obrigações do Estipulante:

- a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
- d) Discriminar o valor do Prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;
- h) Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e
- l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do próprio Estipulante.

30. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do seguro.

31. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

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

“Artigo 800

No seguro de pessoas, o Segurador não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado, ou do Beneficiário, contra o causador do sinistro.”

32. CLÁUSULAS SUPLEMENTARES

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

33.RATIFICAÇÃO

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

34.PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado ou do (s) Beneficiário (s) com fundamento no presente seguro prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

35.DISPOSIÇÕES FINAIS

Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de seu vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice.

36.FORO CONTRATUAL

Fica eleito o foro da Comarca do domicílio do Segurado, ou do Beneficiário, conforme o caso, para nele serem dirimidas as dúvidas, conflitos ou litígios oriundos deste Contrato de Seguro, renunciando as Partes expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULAS SUPLEMENTARES

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGES

1. INCLUSÃO

Para fins desta Cláusula, poderão ser incluídos no presente seguro os cônjuges dos Segurados Principais, nas seguintes formas.

- a) Automática: todos os cônjuges dos Segurados Principais farão parte da Apólice e participarão do seguro nas coberturas disponíveis nesta cláusula, na proporção de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado do Segurado Principal; ou
- b) Facultativa: os Segurados Principais deverão optar pela inclusão do cônjuge, os quais, uma vez incluídos, participarão do seguro nas coberturas disponíveis nesta cláusula, na proporção de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado do Segurado Principal.

2. CONCEITOS

2.1. Equipara-se ao cônjuge a (o) companheira (o) do Segurado Principal, desde que comprovada documentalmente no momento do sinistro a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

2.2. Não podem ser incluídos no seguro, na qualidade de Segurados Dependentes, seja na forma automática ou na facultativa, os cônjuges e companheiros que já ostentem a qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice.

2.3. Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge.

2.4. Desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, estarão automaticamente canceladas as coberturas contratadas para o Segurado Dependente incluído na condição de cônjuge, independente desse fato ter sido ou não comunicado pelo Segurado Principal à Seguradora, e de ter havido pagamento de prêmio.

2.5. No caso previsto no subitem anterior, os eventuais prêmios pagos serão devolvidos atualizados monetariamente com base no IPCA, desde a data de pagamento até a sua efetiva restituição.

3. LIMITE DE CAPITAL

Os Capitais Segurados das coberturas do cônjuge não poderão, em hipótese alguma, ser superiores a 100% (cem por cento) dos Capitais Segurados do respectivo Segurado Principal, aplicando-se a este seguro o critério constante nas declarações da Apólice.

4. COBERTURAS DESTA CLÁUSULA

As coberturas disponíveis para contratação nesta Cláusula são:

- a) Morte ou
- b) Morte Acidental;
- c) Indenização Especial por Morte Acidental (IEA);
- d) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);

5. INÍCIO DA COBERTURA

A cobertura dos riscos individuais previstos nesta Apólice começará a vigorar:

- a) Na data do início da cobertura do risco individual do Segurado Principal, para os cônjuges admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo;
- b) Na data da contratação desta Cláusula ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as Partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice, se esta Cláusula for contratada após o início de vigência da Apólice, sem pagamento de prêmio;
- c) Às 24 (vinte e quatro) horas da data da contratação, se esta Cláusula for contratada após o início de vigência da Apólice e houver adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

6. BENEFICIÁRIOS

6.1. A indenização por Morte devida por esta Cláusula Suplementar será paga ao Segurado Principal.

6.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO DO SEGURADO DEPENDENTE

A inclusão dos Segurados Dependentes cessará automaticamente:

- a) Com o cancelamento do seguro do Segurado Principal, qualquer que seja a causa;
- b) Com o fim da condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora;
- c) Por solicitação do Segurado Principal;
- d) Com a inclusão do Dependente no seguro, na condição de Segurado Principal.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS

1. INCLUSÃO

1.1. Para fins desta cláusula, incluem-se neste seguro os filhos dos Segurados Principais de forma automática, ou seja, todos os filhos dos Segurados Principais farão parte da apólice e participarão do seguro nas garantias de Morte ou Morte Acidental, de acordo com o plano escolhido, na proporção de até 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado do Segurado Principal, limitado a R\$ 15.000,00 (quinze mil reais), **exceto na hipótese de menores de 14 (catorze) anos, hipótese em que somente participarão das coberturas relacionadas ao reembolso de despesas.**

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

1.3. Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta Cláusula.

2. CONCEITOS

2.1. São considerados filhos do Segurado Principal, para fins desta Cláusula, os seguintes dependentes econômicos do mesmo:

- a) O filho (a) e o enteado (a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente declarado no Imposto de Renda como dependente;
- b) O filho(a) e o enteado(a) com até 24 anos completos quando universitário e declarado no Imposto de Renda como dependente;
- c) O irmão ou o neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um) anos, desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade, quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e
- d) O absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

2.2. Não podem ser incluídos no seguro, na qualidade de Segurados Dependentes, seja na forma automática ou na facultativa, os filhos que já ostentem a qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice.

2.3. Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu filho.

3. LIMITE DE CAPITAL

3.1. Os Capitais Segurados das coberturas do filho não poderão exceder em hipótese alguma ao limite constante das declarações da Apólice.

3.2. Na hipótese de falecimento de Segurado menor de 14 (quatorze) anos, a indenização destina-se exclusivamente ao reembolso de despesas com funeral, limitada ao Capital para esta cobertura, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, as quais podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios.

3.2.1. Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

4. COBERTURAS DESTA CLÁUSULA

As coberturas desta Cláusula são as constantes das declarações da Apólice.

5. INÍCIO DA COBERTURA

A cobertura dos riscos individuais previstos nesta Apólice começará a vigorar:

- a) Na data do início da cobertura do risco individual do Segurado Principal, para os filhos admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo;
- b) Na data da contratação desta Cláusula ou outra data distinta, desde que expressamente acordada entre as Partes e indicada nas Condições Contratuais da Apólice, se esta for contratada após o início de vigência da Apólice, sem pagamento de prêmio;
- c) Às 24 (vinte e quatro) horas da data da contratação, se esta Cláusula for contratada após o início de vigência da Apólice e houver adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

6. BENEFICIÁRIOS

6.1. A indenização por Morte devida por esta Cláusula Suplementar será paga ao Segurado Principal.

6.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais.

7. CANCELAMENTO DO SEGURO DO SEGURADO DEPENDENTE

A inclusão dos Segurados Dependentes cessará automaticamente:

- a) Com o cancelamento do seguro do Segurado Principal, qualquer que seja a causa;
- b) Com o fim da condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora;

- c) Por solicitação do Segurado Principal;
- d) Com a inclusão do Dependente no seguro, na condição de Segurado Principal.

IMPORTANTE

I – A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

II – O registro deste plano na SUSEP não implica no incentivo ou recomendação à sua comercialização.

III – O Segurado poderá consultar a regularidade da situação de seu Corretor de Seguros no site da SUSEP (www.susep.gov.br) por meio do número de registro do Corretor na SUSEP, nome completo e CNPJ ou CPF do mesmo.

Liberty Seguros S/A - CNPJ: 61.550.141/0001-72 - Código SUSEP do Produto: N.º 10.005286/99-96

Agosto/2018