



CONDIÇÕES GERAIS

ATENAS VIDA EM GRUPO

ATENAS SEGURADORA DE DANOS E PESSOAS S.A.

Sumário

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES	3
1. OBJETIVO DO SEGURO	3
2. ELEMENTOS ESSENCIAIS DO CONTRATO DE SEGURO	3
3. DEFINIÇÕES	3
4. PUBLICO ALVO	6
5. COBERTURAS DO SEGURO	7
6. RISCOS COBERTOS	7
7. RISCOS EXCLUÍDOS	7
8. CONTRATAÇÃO	8
9. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO	9
10. INCLUSÃO DE SEGURADOS	10
11. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO	11
12. VIGÊNCIA DAS COBERTURAS INDIVIDUAIS	11
13. CAPITAL SEGURADO	12
14. BENEFICIÁRIOS	12
15. CUSTEIO DO SEGURO	13
16. PAGAMENTO DE PRÊMIO, MORA E INADIMPLEMENTO	13
17. REAVALIAÇÃO E REAJUSTE DE TAXAS E PRÊMIOS	14
18. CARÊNCIA E FRANQUIA	14
19. CANCELAMENTO DO SEGURO	15
20. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL	15
21. PERDA DE DIREITOS	16
22. EMBARGOS E SANÇÕES	17
23. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	17
24. PRAZOS PRESCRICIONAIS	18
25. ATUALIZAÇÃO E RECÁLCULO DOS VALORES DO SEGURO	18
26. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES	19
27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	19
28. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	19

29.	REPRESENTANTE DE SEGUROS	20
30.	TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS	21
31.	MORA.....	21
32.	EXCEDENTE TÉCNICO.....	21
33.	DA PROTEÇÃO DE DADOS	21
34.	FORO.....	22
35.	DISPOSIÇÕES FINAIS	22
	COBERTURA DE MORTE.....	23
	COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	26
	INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)	32
	AUXÍLIO FUNERAL	39

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.

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

O Segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico <https://www.gov.br/susep/pt-br>

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1 Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s), na ocorrência de um dos eventos cobertos, de acordo com as coberturas contratadas pelo estipulante, dentro do período de cobertura do seguro, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as Condições Gerais, Especiais, e as demais condições contratuais que fazem parte deste seguro.

2. ELEMENTOS ESSENCIAIS DO CONTRATO DE SEGURO

2.1 A eficácia deste contrato depende da existência de interesse legítimo relacionado à vida e/ou à integridade física dos segurados regularmente incluídos na apólice coletiva, observados o vínculo com o estipulante, as coberturas contratadas, os riscos predeterminados, os capitais segurados, os riscos excluídos e as demais condições contratuais.

3. DEFINIÇÕES

Para efeito destas Condições Gerais, considera-se:

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

3.1.1 Incluem-se nesse conceito:

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

3.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) As doenças, incluídas as profissionais, moléstias ou enfermidades, 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) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe

médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou semelhantes, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 2.1.

32 Agravamento do Risco: circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora.

33 Âmbito Geográfico: termo que determina o território de abrangência de uma determinada cobertura ou extensão na qual o seguro ou a cobertura é válida.

34 Apólice: documento que formaliza o contrato de seguro, estabelecendo os direitos e as obrigações da sociedade Seguradora e do Segurado e discriminando a(s) cobertura(s) contratada(s).

35 Atividade Profissional: é a prestação de serviços de qualquer natureza, da qual se podem tirar os meios de subsistência mediante remuneração.

36 Atividade Laborativa Principal: aquela através da qual o segurado obtém a maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

37 Ato Ilícito: toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

38 Auditoria Médica: é a avaliação feita por um médico da Seguradora a qual o Segurado se submete para fins de comprovação do Sinistro.

39 Aviso de Sinistro: comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento.

310 Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada que terá direito ao recebimento do valor do capital segurado contratado, em decorrência de sinistro coberto.

311 Cancelamento: ato pelo qual a apólice será cancelada antes da data prevista para término de sua vigência.

312 Capital Segurado: é o valor máximo a ser pago pela Seguradora para a(s) cobertura(s) contratada(s), em caso de ocorrência de evento coberto. Nenhuma Indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.

313 Carência: é o período ininterrupto, contado da data do início de vigência individual, durante o qual o Segurado permanece no seguro sem ter direito à(s) cobertura(s) contratada(s), sem prejuízo do pagamento de prêmio. A carência poderá ser total ou parcial, abrangendo exclusivamente as Cláusulas não relacionadas a Acidente Pessoal, para as quais não há Carência.

314 Certificado Individual do Seguro: é o documento destinado ao Segurado, emitido quando da aceitação, renovação ou alteração no seguro, que indica a vigência do Seguro, a(s) cobertura(s) contratada(s), o(s) valor(es) do(s) Capital(is) Segurado(s) e o prêmio contratado.

315 Coberturas do Seguro: são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da contratação do seguro e que serão exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.

316 Comoriência: será configurada quando dois ou mais indivíduos falecerem na mesma ocasião, não se podendo averiguar qual deles morreu primeiro. Neste caso, presumir-se-á simultaneamente o falecimento.

317 Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação do seguro, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, do contrato e da Declaração Pessoal de Saúde e Atividade.

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

319 Condições Gerais: conjunto de cláusulas, comuns a todas as modalidades e/ou coberturas contratuais de um plano de seguro, que estabelecem obrigações e direitos das partes contratantes.

320 Contrato: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, entre as quais as particularidades operacionais, e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados, e dos beneficiários, de forma complementar às condições gerais e às condições especiais.

321 Corretor de Seguros: é o profissional escolhido diretamente pelo estipulante, intermediador, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.

322 Curador: pessoa encarregada judicialmente de administrar ou fiscalizar bens ou interesses de outra pessoa.

323 Doenças e/ou lesões preexistentes: são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, de conhecimento do proponente e não declaradas na proposta de adesão.

324 Doença Profissional: são as doenças constantes da lista das doenças profissionais instituída pelo Ministério da Saúde e que sejam ocasionadas, necessária e diretamente, pelo exercício da atividade profissional do Segurado.

325 Dolo: má-fé, qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro.

326 Endosso: documento, emitido pela seguradora, pelo qual se formaliza qualquer alteração na apólice.

- 327 Estipulante:** pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que propõe a contratação de plano coletivo em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo, se vincule, ficando investida de poderes de representação dos segurados, nos termos da legislação e regulação em vigor.
- 328 Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, ocorrido durante a vigência do seguro, passível de ser indenizado de acordo com as coberturas contratadas.
- 329 Excedente técnico:** saldo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva para determinado período.
- 330 Franquia:** é o período de tempo em cada evento coberto, contado da data de ocorrência do sinistro, durante o qual não há cobertura pelo seguro, ou valor determinado que representa aparte do prejuízo indenizável que deverá ser arcada pelo segurado por sinistro. Assim, se o valor do prejuízo de determinado sinistro não superar a franquia, a seguradora não indenizará o segurado, suportando o estipulante/segurado as suas consequências.
- 331 Final de Vigência:** data final para ocorrência de riscos previstos em uma apólice de seguro. O final de vigência do Seguro ocorrerá às 24 horas do dia anterior ao seu aniversário, respeitando-se a vigência contratada.
- 332 Foro:** no Contrato de Seguro, refere-se à localização do órgão do poder judiciário a ser acionado em caso de litígios oriundos do contrato.
- 333 Grupo segurado:** Totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
- 334 Grupo segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
- 335 Incapacidade Temporária:** é a perda total, contínua e temporária da capacidade para a prática da Atividade Profissional, causada direta e exclusivamente por acidente ou doença.
- 336 Indenização:** valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições do seguro e dentro dos limites contratados.
- 337 Índice para atualização de valores:** é o índice utilizado para atualização monetária das obrigações pecuniárias contratuais, a partir da data em que se tornarem exigíveis. Neste plano de seguro, o índice estabelecido é o IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- 338 Início de Vigência:** data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
- 339 Limite Máximo de Indenização – LMI:** Limite fixado para cada cobertura, expresso na apólice, representando o valor máximo que a Seguradora indenizará ao Segurado no caso de risco coberto.
- 340 Liquidação de Sinistro:** pagamento da indenização (ou reembolso) relativa a um sinistro.
- 341 Má-Fé:** agir de modo contrário a lei ou ao direito, fazendo-o propositadamente.
- 342 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, em linha reta ou na colateral, até terceiro grau, amigo íntimo, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- 343 Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
- 344 NYHA:** tabela funcional da New York Heart Association que permite classificar a extensão da insuficiência cardíaca congestiva.
- 345 Perícia Médica:** é a avaliação feita por um médico a qual o segurado é submetido para fins de comprovação do sinistro.
- 346 Prazo de Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.
- 347 Prêmio:** é a importância paga pelo Segurado à Seguradora para garantir o risco contratado, desde que coberto.
- 348 Processo SUSEP:** é o registro deste plano na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, o que não implica por parte da autarquia algum incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 349 Proponente:** o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas) do seguro, mediante preenchimento e protocolo da Proposta de Contratação na Seguradora.
- 350 Proposta de Adesão:** é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 351 Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, estipulante pessoa física ou jurídica, seu representante legal ou corretor de seguros, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- 352 Pro-rata temporis:** critério de cálculo de devolução da parte do prêmio devido, em caso de o contrato cessar os seus efeitos antes da data inicialmente prevista para o fim da sua vigência. Com ela se pretende dizer que o valor de prêmio a devolver é proporcional ao período de tempo pelo qual o contrato deixou de estar em vigor, tendo em consideração o prazo inicialmente contratado.

- 353 Renda:** é a série de pagamento periódicos a que tem direito o(s) beneficiário(s) ou o próprio segurado, de acordo com a estrutura do plano.
- 354 Regulação de Sinistro:** Procedimento técnico para verificação das causas, consequências e extensão dos danos de um sinistro, com vistas à definição da cobertura e valor da indenização.
- 355 Risco:** Evento futuro, incerto e involuntário, de natureza súbita e imprevisível, capaz de causar prejuízo econômico ao segurado.
- 356 Risco Coberto:** Evento previsto no contrato de seguro que, ao ocorrer, gera obrigação de indenização ou reembolso pela seguradora, conforme as condições contratadas.
- 357 Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, especiais e/ou no contrato, que não serão cobertos pelo plano de seguro.
- 358 Segurado:** é a pessoa física que está exposta aos riscos previstos nas coberturas contratadas.
- 359 Segurado Afastado:** segurado titular que, mantendo vínculo jurídico válido com o estipulante, esteja temporariamente afastado de suas atividades laborais por motivo de doença, acidente, licença-maternidade, licença remunerada, benefício previdenciário temporário ou outra hipótese admitida no contrato coletivo, na apólice ou no instrumento coletivo aplicável.
- 360 Segurado Principal:** aquele segurado que mantém vínculo com o estipulante.
- 361 Segurado Inválido ou com Invalidez Preexistente:** segurado titular que, antes da contratação ou da respectiva inclusão na apólice, já possua invalidez, incapacidade permanente, incapacidade funcional, redução definitiva de capacidade ou condição médico-laboral já caracterizada, reconhecida ou não por órgão previdenciário, laudo médico, perícia, decisão administrativa, judicial ou documento equivalente.
- 362 Seguradora:** empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a funcionar no Brasil e que, mediante o recebimento do prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.
- 363 Seguro Não Contributário:** seguro em que os segurados não participam do pagamento do prêmio, cabendo ao estipulante a responsabilidade integral pelo pagamento dos prêmios devidos à seguradora.
- 364 Sequela:** qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 365 Seguro Contributário:** aquele em que os segurados pagam o prêmio, parcial ou totalmente.
- 366 Seguro de Pessoas:** Seguro sobre a vida, nova nomenclatura no novo marco regulatórios do seguro.
- 367 Seguro Não Contributário:** aquele em que os segurados não pagam prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do prêmio exclusivamente ao estipulante.
- 368 Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.
- 369 SUSEP:** Superintendência de Seguros Privados, órgão federal responsável pela regulamentação e fiscalização do mercado de seguros no Brasil.
- 370 Vigência:** período pelo qual está contratada a cobertura do seguro.
- 371 Vigência da Cobertura Individual:** período em que os segurados terão direito às coberturas contratadas, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.
- 372 Vínculo:** é a relação, anterior ao contrato de seguro, existente entre o Estipulante e determinada empresa ou grupo de pessoas.

4. PÚBLICO ALVO

- 41 O público-alvo deste seguro é composto por pessoas físicas titulares que mantenham vínculo válido com o estipulante indicado na proposta de contratação e aceito pela seguradora.
- 42 Poderão ser incluídos no seguro exclusivamente os segurados titulares ativos ou afastados que mantenham vínculo válido com o estipulante, estejam abrangidos pelo instrumento coletivo informado, possuam idade mínima de 18 anos completos e idade máxima de ingresso de 70 anos completos, e atendam aos critérios de aceitação da seguradora.
- 43 Poderão ser aceitos para inclusão ou manutenção no seguro os segurados afastados por doença, acidente, benefício previdenciário temporário concedido pelo INSS, licença-maternidade ou licença remunerada, desde que mantido vínculo jurídico válido com o estipulante, mediante informação expressa na relação mensal de segurados e observadas as regras de subscrição da seguradora.
- 4.3.1 Não serão aceitos para inclusão ou manutenção no seguro, salvo aceitação expressa e específica da seguradora, segurados em licença não remunerada, suspensão contratual, afastamento sem manutenção de vínculo elegível, desligamento, rescisão contratual, aposentadoria sem vínculo ativo com o estipulante, empregados em aviso prévio, ex-empregados ou pessoas que não atendam aos critérios de elegibilidade previstos nestas Condições Gerais, na apólice e no contrato coletivo.
- 4.3.2 A aceitação de segurados afastados ficará limitada aos afastamentos de até 30 (trinta) dias, contados da data de início do afastamento, desde que atendidos os demais critérios de elegibilidade e subscrição.
- 4.3.3 A aceitação de segurados afastados por período superior a 30 (trinta) dias e até 60 (sessenta) dias dependerá de análise técnica da seguradora, que poderá solicitar informações, declarações, documentos médicos, documentos previdenciários, declaração do estipulante ou outros elementos necessários à avaliação do risco.

- 4.34 A aceitação de segurados afastados por período superior a 60 (sessenta) dias dependerá de análise técnica individualizada da seguradora, podendo haver aceitação, recusa, restrição de cobertura, exclusão de determinadas coberturas, fixação de condição particular ou limitação de cobertura, conforme critérios técnicos, atuariais e de subscrição aplicáveis.
- 4.35 Não serão aceitos aposentados sem vínculo ativo com o estipulante, empregados em aviso prévio, desligados, ex-empregados ou pessoas sem vínculo válido com o estipulante, salvo aceitação expressa da seguradora, quando tecnicamente admitida e prevista no contrato coletivo, na apólice e na Nota Técnica Atuarial.
- 4.36 A inclusão ou manutenção de segurado afastado não produzirá efeitos retroativos e não garantirá cobertura para evento cujo fato gerador tenha ocorrido antes do início de vigência da respectiva cobertura individual, nem afastará a aplicação das regras relativas a doença ou lesão preexistente, declaração inexata, omissão dolosa, agravamento do risco, fraude ou inexistência de elegibilidade.
- 4.37 A aceitação de segurados ativos, afastados, sócios, administradores, diretores ou quaisquer titulares seguráveis estará sempre sujeita às regras técnicas, comerciais e atuariais de subscrição da seguradora, à análise do risco e à compatibilidade com a Nota Técnica Atuarial, a apólice e o contrato coletivo.

5. COBERTURAS DO SEGURO

- 51 As coberturas a seguir são passíveis de contratação para este seguro, respeitando as conjugações de planos disponibilizados pela Seguradora. Os respectivos riscos excluídos, objetivos, normas e demais características, estão dispostos nas respectivas coberturas.
- 52 As coberturas passíveis de contratação são:
- a) Morte
 - b) Auxílio funeral
 - c) Invalidez permanente total ou parcial por acidente (IPA);
 - d) Invalidez funcional permanente total por doença (IFPD);
- 53 A definição de cada uma das coberturas nestas Condições Gerais, seus respectivos objetivos, seus riscos excluídos específicos, capital(is) Segurado(s) e demais disposições estão determinados nas condições especiais correspondentes às respectivas coberturas.
- 54 Somente os sinistros decorrentes das coberturas contratadas pelo estipulante estão amparados pelo seguro, observadas as condições contratuais, condições gerais e especiais.
- 55 As coberturas não poderão ser interpretadas como contratadas se não estiverem expressamente indicadas na apólice e no certificado individual.
- 56 A cumulação ou não cumulação de indenizações decorrentes de um mesmo evento observará o disposto nas Condições Especiais de cada cobertura.
- 57 Deverá ser informado na Proposta de Contratação, quais coberturas pretende contratar.
- 58 Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais.

6. RISCOS COBERTOS

- 61 Estão cobertos exclusivamente os eventos descritos nesta Condição Geral como riscos cobertos, desde que ocorridos durante a vigência do seguro e respeitados os limites contratados.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

- 71 Estão excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência de:
- a) Uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, fissão ou fusão nuclear, radiação nuclear, lixo nuclear decorrente do uso de combustível nuclear, explosivos nucleares ou qualquer arma nuclear, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
 - b) Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras 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, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, definidas como de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão individual;**
 - d) Epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;**
 - e) Doação e transplante intervivos;**

- f) Suicídio, ou da sua tentativa, ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso. Em caso de aumento de capital segurado durante o curso do contrato, a carência para suicídio é contada somente para a parcela aumentada;**
- g) Ferimentos auto infligidos, inclusive nos casos de tentativa de suicídio ocorrido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início de vigência individual do seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;**
- h) Atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário, ou pelo representante legal, de um ou de outro, sócios controladores, dirigentes e administradores da estipulante pessoa jurídica ou pelos respectivos representantes;**
- i) Qualquer tipo de hérnia decorrente de doença, exceto após tratamento cirúrgico;**
- j) Competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;**
- j.1) Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes, ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;**
- k) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- l) De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo quando a morte ou a incapacidade do segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- m) Quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro; e**
- n) Do Segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.**

72 Este seguro não possui natureza de seguro de responsabilidade civil e não garante obrigações indenizatórias do segurado perante terceiros, incluindo danos materiais, morais, estéticos, lucros cessantes, perdas e danos ou danos emergentes. A obrigação da seguradora limita-se ao pagamento do capital segurado ou reembolso previsto nas coberturas efetivamente contratadas, observadas as condições contratuais.

73 Não se consideram Riscos Excluídos os eventos decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

74 Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, situação em que este perderá o direito à garantia do seguro, conforme disposto no artigo 768 do Código Civil.

8. CONTRATAÇÃO

81 Considera-se contratado o seguro quando a Proposta de Contratação, contendo os elementos mínimos essenciais ao exame da aceitação de risco, devidamente preenchida e assinada pelo Proponente, for aceita pela SEGURADORA, momento em que esta emite a respectiva apólice de seguro.

82 Este seguro poderá ser contratado por pessoas físicas ou jurídicas, desde que comprovem vínculo anterior ao seguro.

83 As pessoas físicas ou jurídicas que contratarem o seguro serão as estipulantes das apólices.

84 A celebração do contrato de seguro e sua(s) alteração(ões) somente poderão ser feitas mediante recebimento por parte da seguradora da proposta assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, através de seu corretor de seguro.

85 A seguradora obrigatoriamente fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.

86 A proposta de contratação conterá os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, com a expressa intenção de o proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, contratar uma cobertura ou mais coberturas, além da manifestação de seu pleno conhecimento das condições contratuais do seguro.

87 A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

88 A proposta feita pelo potencial segurado ou estipulante não exige forma escrita.

89 O simples pedido de cotação à seguradora não equivale à proposta, mas as informações prestadas pelas partes e por terceiros intervenientes integram o contrato que vier a ser celebrado.

810 O potencial segurado ou estipulante é obrigado a fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o questionário que lhe submeta a seguradora.

- I. O descumprimento doloso do dever de informar, importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.
 - II. O descumprimento culposo do dever de informar, implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.
 - III. Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.
- 811 As partes e os terceiros intervenientes no contrato, ao responderem ao questionário, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos, de acordo com as regras ordinárias de conhecimento.
- 812 A seguradora deverá alertar o potencial segurado ou estipulante sobre quais são as informações relevantes a serem prestadas na formação do contrato de seguro e esclarecer, em suas comunicações e questionários, as consequências do descumprimento do dever de informar.
- 813 Quando o seguro, por sua natureza ou por expressa disposição, for do tipo que exige informações contínuas ou averbações de globalidade de riscos e interesses, a omissão do segurado, desde que comprovada, implicará a perda da garantia, sem prejuízo da dívida do prêmio.
- I. A sanção de perda da garantia será aplicável ainda que a omissão seja detectada após a ocorrência do sinistro.
 - II. O segurado poderá afastar a aplicação da sanção de perda da garantia consignando a diferença de prêmio e provando a casualidade da omissão e sua boa-fé.
- 814 O proponente deverá ser cientificado com antecedência sobre o conteúdo do contrato, obrigatoriamente redigido em língua portuguesa e inscrito em suporte duradouro, nos termos do item "I".
- III. As regras sobre perda de direitos, exclusão de interesses, prejuízos e riscos, imposição de obrigações e restrições de direitos serão redigidas de forma clara, compreensível e colocadas em destaque, sob pena de nulidade.
 - IV. Serão nulas as cláusulas redigidas em idioma estrangeiro ou que se limitem a referir-se a regras de uso internacional.
 - V. O contrato celebrado sem atender, naquilo que não contrariar a proposta, será regido pelas condições contratuais previstas nos modelos que vierem a ser tempestivamente depositados pela seguradora no órgão fiscalizador de seguros, para o ramo e a modalidade de garantia constantes da proposta, prevalecendo, quando mencionado na proposta o número do processo administrativo, o clausulado correspondente cuja vigência abranja a época da contratação do seguro, ou o mais favorável ao segurado, caso haja diversos clausulados depositados para o mesmo ramo e modalidade de seguro e não exista menção específica a nenhum deles na proposta.
- 815 Recebida a proposta, a seguradora terá o prazo máximo de 25 (vinte e cinco) dias para cientificar sua recusa ao proponente, ao final do qual será considerada aceita.
- 816 Considera-se igualmente aceita a proposta pela prática de atos inequívocos, tais como o recebimento total ou parcial do prêmio ou sua cobrança pela seguradora.
- 817 A seguradora poderá solicitar esclarecimentos ou produção de exames periciais, e o prazo para a recusa terá novo início, a partir do atendimento da solicitação ou da conclusão do exame pericial.
- 818 Em qualquer hipótese, para a validade da recusa, a seguradora deverá comunicar sua justificativa ao proponente.
- 819 A seguradora poderá garantir provisoriamente o interesse, sem obrigar-se à aceitação definitiva do negócio.
- 820 Os critérios comerciais e técnicos de subscrição ou aceitação de riscos devem promover a solidariedade e o desenvolvimento econômico e social, vedadas políticas técnicas e comerciais conducentes à discriminação social ou prejudiciais à livre iniciativa empresarial.
- 821 O contrato presume-se celebrado para vigorar pelo prazo de 1 (um) ano, salvo quando outro prazo decorrer de sua natureza, do interesse, do risco ou da vontade das partes.
- 822 Nos seguros com previsão de renovação automática, a seguradora deverá, em até 30 (trinta) dias antes de seu término, cientificar o contratante de sua decisão de não renovar ou das eventuais modificações que pretenda fazer para a renovação.
- I. Se a seguradora for omissa, o contrato será automaticamente renovado.
 - II. O segurado poderá recusar o novo contrato a qualquer tempo antes do início de sua vigência, comunicando-o à seguradora ou, caso não tenha promovido averbações de riscos, simplesmente deixando de efetuar o pagamento da única ou da primeira parcela do prêmio.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO

- 91 As coberturas do seguro abrangem eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, salvo disposição em contrário prevista nas Condições Especiais e/ou no Contrato.

10. INCLUSÃO DE SEGURADOS

- 101 Poderão ser incluídos neste seguro exclusivamente os segurados titulares ativos ou afastados que mantenham vínculo válido com o estipulante, e atendam aos critérios de elegibilidade, idade e aceitação da seguradora.
- 102 A inclusão poderá ocorrer por relação mensal de segurados encaminhada pelo estipulante, proposta de adesão ou outro meio admitido pela seguradora, conforme previsto na apólice e no contrato coletivo.
- 103 O estipulante deverá informar, no momento da inclusão e nas movimentações mensais subsequentes, a condição do segurado como ativo ou afastado, a data de início do afastamento, sua natureza e demais informações necessárias à correta aceitação, subscrição, cobrança, manutenção da cobertura e regulação de sinistro.
- 104 A inclusão de segurado afastado não produzirá efeitos retroativos e não garantirá cobertura para eventos cujo fato gerador tenha ocorrido antes do início de vigência da respectiva cobertura individual.
- 105 Não haverá inclusão de segurados dependentes neste produto.
- 106 Serão admitidos, para fins de análise de aceitação, os afastamentos decorrentes de doença, acidente, benefício previdenciário temporário concedido pelo INSS, licença-maternidade e licença remunerada.
- 107 Não serão admitidos, salvo aceitação expressa e específica da seguradora, os afastamentos decorrentes de licença não remunerada, suspensão contratual, interrupção de vínculo, ausência de vínculo elegível, desligamento, rescisão contratual, aposentadoria sem vínculo ativo com o estipulante ou aviso prévio.
- 108 A aceitação de segurado afastado por até 30 (trinta) dias poderá ocorrer conforme critérios ordinários de elegibilidade e subscrição da seguradora, desde que mantido vínculo válido com o estipulante e informado o afastamento na relação mensal.
- 109 A aceitação de segurado afastado por período superior a 30 (trinta) dias e até 60 (sessenta) dias ficará sujeita à análise técnica da seguradora, podendo ser solicitados documentos complementares, declaração do estipulante, documentos médicos, previdenciários ou outros elementos necessários à avaliação do risco.
- 1010 A aceitação de segurado afastado por período superior a 60 (sessenta) dias dependerá de análise técnica individualizada, podendo a seguradora aceitar, recusar, restringir coberturas, excluir coberturas de incapacidade ou invalidez, fixar condições particulares ou limitar sua aceitação às coberturas de Morte e Auxílio Funeral.
- 1011 Afastamentos prolongados, assim considerados aqueles superiores a 90 (noventa) dias, poderão ensejar restrição ou recusa das coberturas de incapacidade, invalidez, IPA, IFPD ou quaisquer coberturas relacionadas à perda de capacidade, incapacidade funcional ou invalidez, conforme análise técnica e regras de subscrição da seguradora.
- 1012 A existência de deficiência, limitação funcional ou condição preexistente somente poderá ser considerada para fins de delimitação técnica da cobertura e avaliação de risco quando expressamente questionada pela seguradora, vedada qualquer prática discriminatória contrária à legislação vigente.
- 1013 Segurados já inválidos ou com invalidez preexistente na data da contratação, adesão ou inclusão poderão ser aceitos exclusivamente para as coberturas de Morte e Auxílio Funeral, ficando excluídas as coberturas de incapacidade, invalidez, IPA, IFPD ou quaisquer coberturas cujo fato gerador esteja relacionado à condição preexistente.
- 1014 A aceitação do proponente estará sujeita à análise de risco, observados os critérios técnicos, comerciais e regulatórios aplicáveis.
- 1015 A ausência de manifestação da seguradora nos prazos legais ou regulatórios aplicáveis poderá caracterizar aceitação tácita, observada a legislação vigente.
- 1016 A seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta de adesão do proponente, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.
- 1017 A seguradora poderá solicitar esclarecimentos ou produção de exames periciais, e o prazo para a recusa terá novo início, a partir do atendimento da solicitação ou da conclusão do exame pericial.
- 1018 Em qualquer hipótese, para a validade da recusa, a seguradora deverá comunicar sua justificativa ao proponente.
- 1019 A seguradora poderá garantir provisoriamente o interesse, sem obrigar-se à aceitação definitiva do negócio.
- 1020 Os critérios comerciais e técnicos de subscrição ou aceitação de riscos devem promover a solidariedade e o desenvolvimento econômico e social, vedadas políticas técnicas e comerciais conducentes à discriminação social ou prejudiciais à livre iniciativa empresarial.
- 1021 Nos seguros coletivos sobre a vida e a integridade física, a modificação dos termos do contrato em vigor que possa gerar efeitos contrários aos interesses dos segurados e dos beneficiários dependerá da anuência expressa de segurados que representem pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo.

1022 Quando não prevista no contrato anterior, a modificação do conteúdo dos seguros coletivos sobre a vida e a integridade física, em caso de renovação, dependerá da anuência expressa de segurados que representem pelo menos 3/4 (três quartos) do grupo. Art. 124.

10221 Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Neste caso, o proponente tem cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

1023 A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora nos prazos previstos, caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.

11. VIGÊNCIA, RENOVAÇÃO E ALTERAÇÃO DO SEGURO

11.1 As apólices, certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas e expressamente acordada entre as partes.

11.2 A data de início de vigência será a prevista na proposta de contratação e indicadas na apólice, quando a proposta for recepcionada sem pagamento de prêmio.

11.2.1 A data de início de vigência será a data de recebimento da proposta pela seguradora quando esta for recebida com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

11.3 A apólice vigorará por 12 meses e poderá ser renovada por igual período, observadas a legislação e a regulamentação vigentes. A renovação automática, quando admitida, ocorrerá uma única vez, devendo as renovações posteriores ser formalizadas expressamente.

11.4 Uma vez renovada automaticamente apólice, as demais renovações devem ser processadas de forma expressa, desde que não haja desistência da seguradora até 30 (trinta) dias antes de seu vencimento, servindo-se o segurado de meio que demonstre sua vontade em renovar o seguro.

11.5 No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

11.6 Este seguro é contratado por prazo determinado, tendo à seguradora a faculdade de não renovar a apólice no término de sua vigência, sem devolução dos prêmios pagos.

11.7 Caso o estipulante ou a seguradora não tenham interesse na renovação do seguro, comunicarão sua intenção à outra parte mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias em relação ao final de vigência da apólice.

11.8 Qualquer alteração neste contrato somente terá validade se for feita por meio de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a Aceitação do seguro.

11.9 Caberá ao Estipulante solicitar a Seguradora, por escrito e em comum acordo, o aumento do Capital Segurado, que se submeterá novamente às regras de análise e Aceitação do Risco.

11.10 Este Seguro não poderá ser renovado caso essa Seguradora tenha suspenso a sua comercialização e/ou o produto tenha sido arquivado perante SUSEP, desde que seja dada ciência ao Segurado, até 30 (trinta) dias antes de seu vencimento.

11.11 Caso o valor do Capital Segurado atinja o Limite Técnico que a Seguradora assumiu como de sua responsabilidade, o seguro poderá não ser renovado.

11.12 Para efeito de pagamento de sinistro, na hipótese de o capital segurado exceder o Limite Técnico da Seguradora, o Segurado não será penalizado.

11.13 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a vigência do seguro cessa automaticamente no final do prazo de vigência, se esta não for renovada.

12. VIGÊNCIA DAS COBERTURAS INDIVIDUAIS

12.1 O início de vigência do certificado individual, desde que o Proponente seja aceito no seguro, será estabelecido contratualmente e constará no Certificado Individual do Seguro.

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

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

124 Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.

125 Os certificados individuais seguirão a vigência da apólice, observados os demais termos destas condições gerais, especialmente as hipóteses de cancelamento da apólice ou do seguro Individual.

13. CAPITAL SEGURADO

131 O Capital Segurado de cada cobertura contratada será estabelecido contratualmente e constará nos respectivos Certificados Individuais do Seguro.

132 Considera-se como data da ocorrência de sinistro, para efeito de determinação do Capital Segurado:

a) Na cobertura de morte – a data do falecimento;

b) Nas demais coberturas, **se contratadas** – a data estabelecida como data do evento nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

14. BENEFICIÁRIOS

141 Cabe ao segurado, exclusivamente, a qualquer tempo, nomear ou substituir seu(s) beneficiário(s), mediante declaração feita formalmente à seguradora, sob pena de não validade à alteração.

142 Na falta de indicação expressa de beneficiário ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

143 A seguradora não sendo informada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

144 No caso de beneficiário menor de idade, o pagamento da indenização observará o disposto na lei.

145 Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, mediante comunicação expressa à seguradora.

146 Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de beneficiário(s) feita pelo segurado, desde que recebida pela seguradora no mês de competência da assinatura.

147 Na hipótese de morte simultânea do segurado e de beneficiário indicado, ou se não for possível averiguar quem faleceu primeiro, será observada a regra legal de comoriência, pagando-se o capital segurado aos beneficiários remanescentes regularmente indicados ou, na ausência destes, aos beneficiários legais.

148 A pessoa jurídica somente poderá ser beneficiária do seguro se comprovado o legítimo interesse para figurar nessa condição.

149 A seguradora não notificada da substituição será exonerada pagando ao antigo beneficiário.

1410 Na falta de indicação válida de beneficiário, o capital segurado será pago aos beneficiários legais, observada a legislação vigente.

- I. Considera-se ineficaz a indicação quando o beneficiário falecer antes da ocorrência do sinistro ou se ocorrer comoriência.
- II. Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.
- III. Se não houver beneficiários indicados ou legais, o valor será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência.

1411 Se a seguradora, ciente do sinistro, não identificar beneficiário ou dependente do segurado para subsistência no prazo prescricional da respectiva pretensão, o capital segurado será tido por abandonado, nos termos do inciso III do caput do art. 1.275 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), e será aportado no Fundo Nacional para Calamidades Públicas, Proteção e Defesa Civil (Funcap). nos 556 e § 5º Não prevalecerá a indicação de beneficiário nas hipóteses de revogação da doação, observados o disposto arts. 555, 557 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil).

1412 O capital segurado devido em razão de morte não é considerado herança para nenhum efeito.

14.13 A pessoa jurídica somente poderá figurar como beneficiária quando comprovado legítimo interesse jurídico ou econômico, observado o disposto na legislação vigente.

14.14 Este seguro é estruturado em regime financeiro de repartição simples, não havendo constituição de reserva matemática individualizada, valor de resgate, empréstimo técnico, saldamento, portabilidade ou pagamento de renda.

14.15 Este seguro não possui carência contratual, ressalvada exclusivamente a regra legal aplicável ao suicídio voluntário.

14.16 O beneficiário não terá direito ao recebimento do capital segurado quando o suicídio voluntário do segurado ocorrer antes de completados 2 (dois) anos de vigência do seguro de vida.

- I. Quando o segurado aumentar o capital, o beneficiário não terá direito à quantia acrescida se ocorrer o suicídio no prazo previsto no subitem.
- II. É vedada a fixação de novo prazo de carência, nas hipóteses de renovação e de substituição do contrato, ainda que seja outra a seguradora.
- III. O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência.
- IV. É nula a cláusula de exclusão de cobertura de suicídio de qualquer espécie.
- V. Ocorrendo o suicídio no prazo de carência, é assegurado o direito à devolução do montante da reserva matemática formada.

14.17 A seguradora não se exime do pagamento do capital segurado, ainda que previsto contratualmente, quando a morte ou a incapacidade decorrer do trabalho, da prestação de serviços militares, de atos humanitários, da utilização de meio de transporte arriscado ou da prática desportiva.

14.18 Os capitais segurados devidos em razão de morte ou de perda da integridade física não implicam subrogação, quando pagos, e são impenhoráveis.

15. CUSTEIO DO SEGURO

15.1 Este seguro é exclusivamente não contributivo.

15.2 Os segurados não participarão do pagamento do prêmio, cabendo ao estipulante a responsabilidade integral pelo pagamento mensal dos prêmios devidos à seguradora.

15.3 O pagamento do prêmio pelo estipulante é condição essencial para a manutenção da apólice e das respectivas coberturas, observadas as regras de mora, notificação, suspensão e cancelamento previstas nestas Condições Gerais, na apólice, no contrato coletivo e na legislação vigente.

15.4 O estipulante é o único responsável perante a seguradora pelo pagamento dos prêmios, sem prejuízo de suas responsabilidades perante os segurados e beneficiários, nos termos da legislação aplicável e do contrato coletivo.

16. PAGAMENTO DE PRÊMIO, MORA E INADIMPLENTO

16.1 O prêmio será devido mensalmente pelo estipulante à seguradora, conforme valores, prazos, critérios de cálculo e forma de pagamento definidos na apólice, no contrato coletivo e nos documentos de cobrança emitidos pela seguradora.

16.2 O prêmio mensal será calculado com base na taxa média aplicável ao grupo segurado, na quantidade de vidas cobertas, nos capitais segurados, nas coberturas contratadas e nos critérios técnicos, comerciais e de subscrição aceitos pela seguradora.

16.3 A tarifação deste seguro será realizada por taxa média aplicada ao grupo segurado, sem distinção por sexo e sem reenquadramento individual por faixa etária durante a vigência anual da apólice.

16.4 O pagamento do prêmio será realizado por meio admitido pela seguradora e pela legislação vigente, incluindo rede bancária, boleto, débito em conta, transferência, cartão ou outra forma indicada no contrato coletivo ou documento de cobrança.

16.5 A data limite para pagamento do prêmio constará do respectivo documento de cobrança. Caso a data de vencimento coincida com dia sem expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

16.6 É vedado o recebimento de prêmio antes da formação do contrato, salvo na hipótese de cobertura provisória expressamente pactuada, com indicação de início, término, prêmio correspondente e critérios de encerramento em caso de recusa do risco.

16.7 A ausência de pagamento do prêmio mensal pelo estipulante caracterizará mora e sujeitará a apólice às consequências previstas nestas Condições Gerais, na apólice, no contrato coletivo e na legislação vigente.

168 Verificada a mora do estipulante, a seguradora notificará o estipulante por meio idôneo, concedendo prazo para purgação da mora e advertindo sobre as consequências da ausência de pagamento, inclusive suspensão da garantia e posterior resolução da apólice.

169 A suspensão da garantia somente produzirá efeitos após a notificação do estipulante e o decurso do prazo concedido para purgação da mora, observado o prazo mínimo legal aplicável.

1610 Durante o período de suspensão da garantia, a seguradora não responderá por sinistros ocorridos a partir do vencimento original do prêmio inadimplido, salvo disposição legal ou contratual em sentido diverso.

1611 Nos seguros coletivos sobre a vida e a integridade física, a resolução da apólice por inadimplência somente ocorrerá 90 (noventa) dias após a última notificação feita ao estipulante, observada a legislação vigente.

1612 A resolução da apólice por inadimplência não prejudicará o direito ao recebimento do capital segurado relativo a sinistros cobertos ocorridos durante o período de cobertura e antes da eficácia da suspensão ou do cancelamento, observadas as demais condições contratuais.

1613 A seguradora poderá cobrar do estipulante os prêmios vencidos e não pagos relativos ao período em que suportou o risco, acrescidos dos encargos contratualmente previstos, sem prejuízo das demais medidas cabíveis.

1614 Este produto não adota fracionamento de prêmio único, razão pela qual não se aplica tabela de prazo curto.

1615 A movimentação mensal de segurados, incluindo inclusões, exclusões, afastamentos, retornos de afastamento, desligamentos, alterações de capital segurado e correções cadastrais, poderá gerar cobrança complementar, estorno ou ajuste proporcional no prêmio mensal, conforme critérios definidos na apólice e no contrato coletivo.

1616 O não recebimento do documento de cobrança pelo estipulante não o exime da obrigação de pagamento do prêmio, cabendo-lhe comunicar à seguradora eventual não recebimento antes da data de vencimento.

1617 O estipulante deverá informar mensalmente à seguradora a relação atualizada de segurados ativos e afastados, indicando, quando aplicável, a data de início e término do afastamento, a natureza do afastamento, a manutenção do vínculo, a existência de benefício previdenciário, licença-maternidade, licença remunerada, retorno às atividades, desligamento, aposentadoria, aviso prévio, licença não remunerada, suspensão contratual, condição de invalidez preexistente e demais informações necessárias à correta cobrança, manutenção da cobertura, análise de subscrição e regulação de sinistro.

1618 A omissão, inexistência ou atraso do estipulante na comunicação da condição de segurado ativo, afastado, inválido, licenciado, suspenso, desligado ou em aviso prévio poderá ensejar cobrança complementar de prêmio, estorno, ajuste cadastral, recusa de inclusão irregular, restrição de cobertura, negativa de sinistro quando juridicamente cabível, ou direito de regresso da seguradora contra o estipulante, conforme o caso.

17. REAVALIAÇÃO E REAJUSTE DE TAXAS E PRÊMIOS

171 A taxa média aplicada ao grupo segurado poderá ser reavaliada na renovação da apólice, com fundamento técnico-atuarial, observados a composição do grupo segurado, a quantidade de vidas, os capitais segurados, as coberturas contratadas, a sinistralidade, o instrumento coletivo aplicável, os limites técnicos, os critérios comerciais e os demais elementos previstos na Nota Técnica Atuarial.

172 Não haverá reenquadramento individual por faixa etária durante a vigência anual da apólice.

173 A alteração de taxa média, prêmio ou critério tarifário somente produzirá efeitos na renovação da apólice ou em momento expressamente admitido pela legislação e regulamentação vigentes, mediante prévia comunicação ao estipulante.

174 Alterações que impliquem ônus, dever adicional ou redução de direitos aos segurados ou beneficiários observarão a anuência exigida pela legislação e regulamentação vigentes.

175 A atualização de capitais segurados e prêmios observará o índice, critério ou valor previsto na apólice, no contrato coletivo, no certificado individual e, quando aplicável, no instrumento coletivo indicado pelo estipulante e aceito pela seguradora.

18. CARÊNCIA E FRANQUIA

181 Este seguro não possui carência contratual para as coberturas previstas, ressalvada exclusivamente a regra legal aplicável ao suicídio voluntário, nos termos da legislação vigente.

182 Este seguro não prevê franquia financeira ou temporal para as coberturas contratadas.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1 Este seguro poderá ser cancelado nas hipóteses previstas nestas Condições Gerais, na apólice, no contrato coletivo e na legislação vigente.

19.2 O cancelamento por inadimplência observará as regras de mora, notificação, suspensão e resolução previstas na Cláusula 16 destas Condições Gerais.

19.3 O cancelamento por acordo entre as partes deverá ser formalizado por escrito, observados os direitos dos segurados e beneficiários em relação aos eventos cobertos ocorridos durante o período de cobertura.

19.4 A apólice também poderá ser cancelada ou não renovada em razão de encerramento da comercialização do produto, arquivamento do produto perante a SUSEP, impossibilidade técnica de manutenção do risco, ausência dos requisitos mínimos de contratação, perda do vínculo do grupo segurável com o estipulante ou demais hipóteses previstas no contrato coletivo e na legislação vigente.

19.5 O cancelamento da apólice não prejudicará o direito à indenização por sinistros cobertos ocorridos durante a vigência da cobertura individual e antes da data de eficácia da suspensão ou do cancelamento.

19.6 Em caso de cancelamento, eventual prêmio pago de forma indevida após a data de eficácia do cancelamento será restituído ao estipulante, atualizado conforme critério previsto nestas Condições Gerais, ressalvado o direito da seguradora à retenção dos valores correspondentes ao período em que suportou o risco.

20. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

20.1 A cobertura de cada segurado cessará ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

20.2 A cobertura individual também cessará caso a apólice seja cancelada durante sua vigência, observadas as regras previstas nestas Condições Gerais, na apólice, no contrato coletivo e na legislação vigente.

20.3 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado principal cessará, ainda:

- a) morte do segurado;
- b) pagamento integral de cobertura que, nos termos das Condições Especiais, implique cancelamento da cobertura individual;
- c) perda do vínculo do segurado com o estipulante;
- d) cancelamento ou não renovação da apólice;
- e) exclusão do segurado da relação mensal encaminhada pelo estipulante, observadas as regras previstas no contrato coletivo;
- f) aposentadoria sem manutenção de vínculo elegível com o estipulante;
- g) desligamento, rescisão contratual, término definitivo do vínculo com o estipulante ou aviso prévio, salvo disposição expressa em contrário aceita pela seguradora;
- h) licença não remunerada ou suspensão contratual, salvo aceitação expressa e específica da seguradora;
- i) constatação de inclusão irregular, fraude, dolo ou inexistência de elegibilidade, observada a legislação vigente.

20.4 O afastamento do segurado por doença, acidente, benefício previdenciário temporário concedido pelo INSS, licença-maternidade ou licença remunerada não implicará, por si só, a cessação automática da cobertura individual, desde que mantido vínculo válido com o estipulante, informado o afastamento à seguradora, pago o respectivo prêmio pelo estipulante e observadas as regras de aceitação e subscrição da seguradora.

20.5 O afastamento por prazo superior a 30 (trinta) dias e até 60 (sessenta) dias ficará sujeito à análise técnica da seguradora para fins de manutenção da cobertura, podendo ser solicitados documentos e informações complementares.

20.6 O afastamento por prazo superior a 60 (sessenta) dias dependerá de análise técnica individualizada da seguradora, podendo haver manutenção, restrição ou recusa de determinadas coberturas, especialmente aquelas relacionadas a incapacidade, invalidez, IPA e IFPD.

20.7 Afastamentos superiores a 90 (noventa) dias poderão ensejar restrição ou recusa das coberturas de incapacidade, invalidez, IPA, IFPD ou outras coberturas relacionadas à perda de capacidade ou incapacidade funcional, preservada a possibilidade de manutenção das coberturas de Morte e Auxílio Funeral, conforme análise técnica e regras de subscrição.

20.8 O segurado já inválido ou com invalidez preexistente poderá ser mantido ou aceito exclusivamente para as coberturas de Morte e Auxílio Funeral, desde que atendidos os critérios de elegibilidade e subscrição, ficando excluídas as coberturas de incapacidade, invalidez, IPA, IFPD ou outras coberturas relacionadas à condição preexistente.

20.9 A ausência, inexistência ou atraso do estipulante na comunicação do afastamento, retorno ao trabalho, desligamento, aposentadoria, aviso prévio, licença não remunerada, suspensão contratual, invalidez

preexistente ou alteração da condição do segurado poderá ensejar cobrança complementar de prêmio, ajuste cadastral, recusa de inclusão irregular ou direito de regresso da seguradora, conforme o caso.

20.10 Este produto não prevê cobertura para segurados dependentes.

21. PERDA DE DIREITOS

21.1 O contrato de seguro deve ser interpretado e executado segundo a boa-fé.

21.2 Se da interpretação de quaisquer documentos elaborados pela seguradora, tais como peças publicitárias, impressos, instrumentos contratuais ou pré-contratuais, resultarem dúvidas, contradições, obscuridades ou equívocos, elas serão resolvidas no sentido mais favorável ao segurado, ao beneficiário ou ao terceiro prejudicado.

21.3 As condições particulares do seguro prevalecem sobre as especiais, e estas, sobre as gerais.

21.4 As cláusulas referentes a exclusão de riscos e prejuízos ou que impliquem limitação ou perda de direitos e garantias são de interpretação restritiva quanto à sua incidência e abrangência, cabendo à seguradora a prova do seu suporte fático.

21.5 A seguradora não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja:

a) Prática de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou do outro;

b) Dolo, simulação ou prática de fraude por parte do segurado ou estipulante no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;

b.1) Nos seguros estipulados por pessoas jurídicas, a restrição acima abrange os sócios controladores, dirigentes e administradores legais, beneficiários ou respectivos representantes.

c) Agravamento intencional do risco ou das consequências/lesões resultantes de um sinistro, que em um primeiro momento, estaria coberto, por parte do segurado;

d) Declarações inexatas ou omissão de circunstâncias que possam influir ou ter influenciado na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando, o estipulante, obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

21.6 Se a inexatidão ou omissão nas declarações a que se refere à letra “d” do item acima não resultar de má-fé, a seguradora poderá:

I - na hipótese de não ocorrência de 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.

21.7 O segurado está obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, quaisquer alterações ocorridas durante a vigência do seguro que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza do risco coberto, ou

- qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- 218** Ciente do agravamento, a seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio ou, se não for tecnicamente possível garantir o novo risco, resolver o contrato, hipótese em que este perderá efeito em 30 (trinta) dias contados do recebimento da notificação de resolução.
- 219** A resolução deve ser feita por qualquer meio idôneo que comprove o recebimento da notificação pelo segurado, e a seguradora deverá restituir a eventual diferença de prêmio, ressalvado, na mesma proporção, seu direito ao ressarcimento das despesas incorridas com a contratação.
- 21.10** O estipulante e/ou segurado está obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, quaisquer alterações ocorridas durante a vigência do seguro que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza do risco coberto, ou qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- 21.11** A não comunicação de circunstâncias que caracterizam o agravamento de risco implicarão na perda ao direito do Capital Segurado contratado, conforme previsto no artigo 768 do Código Civil que dispõe sobre o dever de o segurado comunicar à seguradora todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o risco e na legislação vigente do seguro.

22. EMBARGOS E SANÇÕES

221 Fica entendido e acordado que respeitando-se todo o conteúdo das Condições Gerais, Coberturas Adicionais, Cláusulas Específicas e Cláusulas Particulares do presente contrato de seguro, ficam estabelecidos critérios e procedimentos em relação a situações de suspensão de cobertura no pagamento de indenizações ou restituições devidas pela Seguradora nas quais o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) ou país (es), estiver(em) inserido(s) em listas de embargos ou sanções expedidas por órgãos nacionais ou internacionais de combate à lavagem de dinheiro e financiamento ao terrorismo ou esteja(m) sujeito(s) às sanções previstas na legislação Brasileira ou Internacional, conforme descrito nas listas de embargos e sanções, não se limitando a estas:

- a) Organização das Nações Unidas - ONU: <https://nacoesunidas.org/conheca/>
- b) Reino Unido e União Europeia: <https://www.consilium.europa.eu/pt/policies/sanctions/>
- c) Office of Foreign Assets Control – OFAC (Agência de Controle de Ativos Estrangeiros dos EUA): <https://sanctionssearch.ofac.treas.gov/>
- d) Gafi – Grupo de Ação Financeira contra Lavagem de Dinheiro e financiamento de Terrorismo: <http://www.fazenda.gov.br/assuntos/prevencao-lavagem-dinheiro/alertas-pld-ft>

22.1.1 As listas acima poderão sofrer atualizações de acordo com seus Órgãos Reguladores.

222 Havendo, em meio a vigência da apólice, a inclusão do segurado, de seus beneficiários de indenização ou país(es), nas listas de embargos e Sanções, as coberturas deste seguro, bem como quaisquer indenizações estarão suspensas pelo período em que o segurado, seus beneficiários ou país (es), estiverem incluídos em Listas de Sanções e embargos, desde às 24 horas do dia da inclusão até às 24 horas do dia da exclusão ou eventual solução judicial.

223 Ratificam-se os demais Termos, Cláusulas e Condições não modificados por esta Cláusula.

23. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

231 Na ocorrência de sinistro que possa acarretar responsabilidade à seguradora, esta deverá ser comunicada pelo estipulante ou pelo segurado, seus representantes ou beneficiários, através do formulário próprio de aviso de sinistro, ou, na falta deste, por qualquer meio de comunicação idôneo, porém não desobrigando o segurado, seu representante ou beneficiários a apresentar(em) posteriormente o formulário próprio de aviso de sinistro preenchido.

232 A provocação dolosa de sinistro determina a perda do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora.

233 É vedado ao segurado e ao beneficiário promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro

234 Para a análise do sinistro, a seguradora solicitará documentos básicos de acordo com a natureza do sinistro e as coberturas contratadas, relacionados em condições especiais das coberturas.

235 A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura, sob pena de decair do direito de recusá-la, contado da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhados de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.

236 Reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou o capital estipulado.

237 A seguradora poderá solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los.

238 Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido, o prazo para o pagamento da indenização ou do capital estipulado suspende-se por no máximo 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for atendida a solicitação.

239 O prazo estabelecido somente pode ser suspenso 1 (uma) vez nos sinistros relacionados a seguros de veículos automotores e seguros de vida e integridade física, assim como em todos os demais seguros em que a importância segurada não exceda o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente.

2310 A autoridade fiscalizadora poderá fixar prazo superior para tipos de seguro em que a liquidação dos valores devidos implique maior complexidade na apuração, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

2311 O valor devido apurado deve ser apresentado de forma fundamentada ao interessado, não podendo a seguradora inovar posteriormente, salvo quando vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.

2312 A mora da seguradora fará incidir multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente, sem prejuízo dos juros legais e da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos, conforme disposto nos arts. 86 e 87 desta Lei.

2313 Após o prazo previsto no item 23.6, os valores serão atualizados pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item “Atualização e Recálculo dos Valores do Seguro”, a partir da data de sua exigibilidade, e acrescidos de juros moratórios de 6% ao ano, a partir do último dia previsto para o pagamento.

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

2314 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito, independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

2315 O pagamento da indenização será realizado em parcela única, observados o capital segurado, a cobertura contratada e as Condições Especiais aplicáveis.

2316 Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.

2317 Eventuais despesas com a comprovação do evento e/ou documentos exigidos quando da abertura do sinistro correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

2318 O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

2319 Fica estabelecido que os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

24. PRAZOS PRESCRICIONAIS

241 Os prazos para o exercício de direitos e obrigações relacionados a este seguro obedecerão ao Código Civil

25. ATUALIZAÇÃO E RECÁLCULO DOS VALORES DO SEGURO

251 O capital segurado e os prêmios poderão ser atualizados anualmente, pelo IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na variação positiva do último índice publicado antes da renovação da apólice.

252 A seguradora efetuará o pagamento de valores relativos à atualização monetária das suas obrigações pelo IPCA/IBGE - Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

25.2.1 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios de 6% (seis por cento) a.a. será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o valor da obrigação pecuniária principal.

25.3 Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária dos valores do seguro terá por base o IPC - FIPE - Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo, ou outro índice que vier a substituí-lo.

26. REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES

26.1 Este seguro é estruturado sob regime financeiro de repartição simples. Os prêmios pagos pelo estipulante destinam-se ao custeio das despesas de administração, comercialização e pagamento de sinistros ocorridos no período de cobertura, não havendo constituição de reserva individualizada, valor de resgate, portabilidade, saldamento, devolução de prêmio ou pagamento de renda ao segurado, beneficiário ou estipulante..

27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

27.1 As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e especiais e a nota técnica atuarial deste seguro, submetidas à SUSEP.

28. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

28.1 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)** Manter atualizados e fornecer, sempre que solicitado, informações cadastrais e/ou documentos pessoais dos segurados, necessários para atendimento à circular SUSEP que dispõe sobre a prevenção e combate do crime de "lavagem" e ocultação de bens, direitos ou valores, observada eventual norma que a substitua;
- d)** Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- 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 referente(s) ao(s) seguro(s) emitido(s) 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, inadimplências de prêmio, cancelamentos e não renovação da apólice;
- 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;
- 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;
- m)** Manter o pagamento do prêmio em dia, o capital segurado atualizado, e o fornecimento da documentação para liquidação do sinistro.

282 O estipulante declarará, no ato do preenchimento e assinatura da proposta de contratação, que tomou conhecimento prévio destas condições gerais do seguro, estando de pleno acordo com as mesmas.

283 O estipulante deverá enviar mensalmente à seguradora, até a data prevista no contrato coletivo, a relação atualizada de segurados ativos, inclusões, exclusões, afastamentos, desligamentos, capitais segurados e demais informações necessárias à emissão da fatura mensal

284 O estipulante responderá perante a seguradora por informações incorretas, incompletas ou intempestivas que resultem em aceitação indevida, cobrança incorreta, pagamento indevido de sinistro, penalidade administrativa ou prejuízo à seguradora, assegurado o direito de regresso

29. REPRESENTANTE DE SEGUROS

291 Considera-se representante de seguros, para efeito desta Resolução, a pessoa jurídica que assumir a obrigação de promover, ofertar ou distribuir produtos de seguros, em caráter não eventual e sem vínculos de dependência, à conta e em nome de sociedade seguradora, sem prejuízo de realização de outras atividades.

292 O representante de seguros é um agente autorizado da sociedade seguradora, não possui poderes de representação dos segurados e é considerado intermediário dos produtos da sociedade seguradora.

293 É vedada a atuação de corretor de seguros e seus prepostos como representante de seguros.

294 A pessoa jurídica de que trata a Resolução CNSP nº 431, de 12 de novembro de 2021, não poderá figurar, simultaneamente no mesmo contrato de seguro como representante de seguros e como estipulante ou subestipulante de Bilhete coletiva.

295 O representante de seguros poderá atuar na intermediação de contratação de Bilhete coletiva, observada a necessidade de existência de vínculo estreito, claro e inequívoco entre o estipulante da referida Bilhete e o grupo segurado, além do vínculo de natureza securitária.

296 O representante de seguros poderá exercer as atividades de que trata a Resolução CNSP nº 431, de 12 de novembro de 2021, §1º do art. 1º para uma ou mais sociedades seguradoras, sem prejuízo do exercício de outras atividades em seu nome e por conta própria.

297 O representante de seguros atuará de acordo com os poderes delimitados no respectivo contrato de representação firmado com a sociedade seguradora.

298 As atividades do representante de seguros de que trata a Resolução CNSP nº 431, de 12 de novembro de 2021 - §1º do art. 1º, além da promoção, oferta ou distribuição de produtos de seguros, podem abranger:

- I. Aconselhamento sobre produtos de seguros ofertados;
- II. Recepção de propostas de seguro, emissão de bilhetes de seguros;
- III. Certificados individuais e Bilhetes e/ou celebração de contratos coletivos;
- IV. Recepção e tratamento de questões operacionais relacionadas ao contrato de seguro, tais como renovação, alteração, repactuação e cancelamento;
- V. Subscrição de riscos relacionados a produtos de seguros;
- VI. Coleta e fornecimento à sociedade seguradora de dados cadastrais e de documentação de proponentes, segurados, beneficiários e, se for o caso, estipulantes, corretores de seguros e seus prepostos;
- VII. Recolhimento de prêmios de seguro;
- VIII. Recebimento de avisos de sinistros;
- IX. Regulação de sinistros;
- X. Pagamento de indenização;
- XI. Orientação e assistência aos segurados e seus beneficiários, no que compete aos contratos de seguros;
- XII. Apoio logístico e operacional à sociedade seguradora na gestão e execução de contratos de seguros; e
- XIII. Outras atividades que não sejam privativas de sociedades seguradoras, desde que claramente especificadas, inclusive serviços de controle e processamento de dados das operações pactuadas em nome da sociedade seguradora.

299 Para fins do disposto no inciso XII, é considerada atividade privativa de sociedade seguradora a assunção de riscos seguráveis.

2910 A sociedade seguradora deve assegurar capacitação do representante compatível com a natureza e complexidade das atividades por ele desempenhadas em seu nome.

2911 O representante de seguros deverá manter processos, políticas, procedimentos e estrutura compatíveis com a complexidade dos produtos dos quais é intermediário, com a natureza dos clientes com os quais interage e com o escopo efetivo de sua atuação, considerando os diversos modelos de negócio possíveis.

2912 Na hipótese de substabelecimento a terceiros, total ou parcialmente, o representante de seguros será responsável por todos os atos e omissões dos substabelecidos no que se refere às atividades de que trata a Resolução CNSP nº 431, de 12 de novembro de 2021.

2813 O contrato de representação poderá prever a necessidade de prévia anuência da sociedade seguradora para o substabelecimento que trata o item 28.12

2814 Os contratos de representação firmados entre sociedades seguradoras e seus representantes de seguros deverão ser mantidos à disposição do órgão fiscalizador pela sociedade seguradora e pelo representante de seguros.

30. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

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

31. MORA

311 No pagamento do prêmio, a mora relativa à prestação única ou à primeira parcela do prêmio resolve de pleno direito o contrato, salvo uso ou costume em contrário.

- I. A mora relativa às demais parcelas suspenderá a garantia contratual, sem prejuízo do crédito da seguradora ao prêmio, após notificação do segurado concedendo-lhe prazo não inferior a 15 (quinze) dias, contado do recebimento, para a purgação da mora.
- II. A notificação será feita por qualquer meio idôneo que comprove o seu recebimento pelo segurado e conter as advertências de que o não pagamento no novo prazo suspenderá a garantia e de que, não purgada a mora, a seguradora não efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga.

312 Na comunicação e liquidação de sinistro a mora da seguradora fará incidir multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente, sem prejuízo dos juros legais e da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos, conforme disposto nos Arts. 86 e 87 desta Lei 15040/2024.

313 A mora da Seguradora constituir-se-á, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável, a partir do término do prazo previsto no item 23 para a regulação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, a partir do 10º (décimo) dia em que se tornar exigível.

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

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

32. EXCEDENTE TÉCNICO

321 Este produto não prevê reversão ou distribuição de excedente técnico ao estipulante, segurados ou beneficiários.

33. DA PROTEÇÃO DE DADOS

331 A seguradora, o estipulante, corretores, representantes, prestadores de serviço e parceiros operacionais poderão tratar dados pessoais e dados pessoais sensíveis dos segurados e beneficiários para fins de cotação, subscrição, aceitação, emissão de apólice e certificado, execução do contrato, cobrança de prêmio, regulação e liquidação de sinistros, prevenção à fraude, cumprimento de obrigações legais e regulatórias, exercício regular de direitos e atendimento às normas aplicáveis ao mercado de seguros.

332 O estipulante declara possuir base legal adequada para compartilhar com a seguradora os dados pessoais e dados pessoais sensíveis dos segurados incluídos na apólice, responsabilizando-se pela exatidão, legitimidade e atualização das informações fornecidas.

- 333 Os dados poderão ser compartilhados com resseguradores, cosseguradores, prestadores de serviços médicos, reguladores de sinistro, auditores, órgãos reguladores, autoridades públicas e demais terceiros necessários à execução do contrato e ao cumprimento de obrigações legais e regulatórias.
- 334 O tratamento de dados observará a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e demais normas aplicáveis

34. FORO

- 341 Fica eleito o foro do domicílio do segurado ou beneficiário, conforme aplicável, observada a legislação vigente.

35. DISPOSIÇÕES FINAIS

- 351 A contratação deste seguro será realizada pelo estipulante, em favor dos segurados elegíveis vinculados ao grupo segurável, observadas as condições previstas na apólice, no contrato coletivo e nos instrumentos coletivos indicados na proposta de contratação.
- 352 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise de risco.
- 353 As demandas judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a sociedade seguradora, que envolvam questões relacionadas ao seguro serão sempre processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.:
- 354 Só será admitida a contratação de até dois planos de seguro de pessoas sobre o(s) mesmo(s) risco(s) coberto(s), para um mesmo segurado, por sociedade seguradora, dentro de períodos de vigência sobrepostos.
- 355 A soma dos capitais segurados dos planos de seguros de pessoas sobre um mesmo risco coberto contratados, não poderá ultrapassar os limites máximos previstos na regulamentação específica.
- 356 A existência de um terceiro contrato de seguro de pessoas sobre o mesmo risco coberto, para um mesmo segurado, junto a uma mesma sociedade seguradora, será considerada para todos os efeitos como contratação de seguro de vida, sujeitando a sociedade seguradora responsável às penalidades cabíveis pelo descumprimento na norma regulamentar.
- 357 A atualização de valores relativos a prêmios e capital segurado observará a legislação específica vigente.
- 358 Este plano de seguro foi submetido à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, estando suas condições registradas através do processo nº 15414.xxxxxxxxxxxxxx
- 359 O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- 3510 O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- 3511 A Atenas Seguradora disponibiliza os seguintes canais de atendimento e relacionamento com o segurado:
- 3512 E-mail de atendimento: atendimento@atenasseguradora.com.br
- 3513 Telefone/SAC: (85) 3512-6070
- 3514 Site: www.atenasseguradora.com.br
- 3515 Ouvidoria Digital: <https://canal.ouvidordigital.com.br/atenasseguradora>

COBERTURA DE MORTE

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do segurado, por causa natural ou acidental devidamente coberta, respeitadas todas as cláusulas e condições deste seguro.

2. Definições

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais:

2.1.1 Acidente pessoal: 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:

2.1.2 Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.3 Excluem-se desse conceito:

- a) 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) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo- musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós- tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 2.1.1.

3. Riscos Cobertos

3.1 Considera-se risco coberto a ocorrência de morte do segurado, seja natural ou acidental, desde que respeitadas as condições contratuais.

4. Riscos Excluídos

4.1 As exclusões estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, a título de indenização por morte, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

5.3 Caracterizado o sinistro, o pagamento do Capital Segurado será feito em parcela única.

6. Cancelamento da cobertura individual

6.1 Após o pagamento de indenização por morte, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7. Liquidação de Sinistros

7.1 Para a cobertura de morte, os documentos básicos necessários são:

7.1.1 Em caso de morte do segurado por causa natural:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) Certidão de Óbito do segurado sinistrado (cópia autenticada);
- c) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- d) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- e) Contrato social do estipulante, em caso de segurado sócio/diretor (cópia simples);
- f) Declaração de únicos herdeiros (original);
- g) Todos os laudos e exames realizados desde a data de diagnóstico da doença até a data do óbito (cópia simples);
- h) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- i) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.

7.1.2 Em caso de morte do segurado por causa acidental, adicionalmente aos documentos relacionados no item 7.1.1, excetuando o documento citado na alínea “h”:

- a) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- b) Boletim de Ocorrência Policial (cópia simples);
- c) Laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML) (cópia simples);
- d) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- e) Laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado sinistrado (cópia simples);
- f) Termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir) (cópia simples);
- g) Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver) (cópia simples);
- h) Laudo de Perícia Técnica (se houver) (cópia simples).

7.2 Para todos os beneficiários do segurado na cobertura de morte, os documentos básicos necessários são:

- a) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es) (cópia simples);
- b) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) (cópia simples);
- c) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
- d) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples).

721 Se o beneficiário for cônjuge do segurado, o documento básico adicional é a cópia simples da certidão de casamento do segurado, atualizada com as averbações.

722 Se o beneficiário for companheiro(a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:

a) Anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado (cópia simples).

723 Se o beneficiário for filho do segurado, os documentos básicos adicionais são:

a) Certidão de Nascimento (cópia simples);

b) RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada filho (cópia simples).

724 Para todos os itens descritos acima, durante a liquidação de sinistro se necessário, documentos complementares serão solicitados.

8. Beneficiários

8.1 Em caso de morte do segurado principal, os beneficiários do seguro são aqueles expressamente indicados, obedecidas as disposições do item "Beneficiários", das Condições Gerais, na falta destes, pela ordem de sucessão legal.

9. Disposições Gerais

9.1 Ratificam-se os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1. GARANTIA

Esta garantia tem por objetivo garantir ao Segurado, desde que este o requeira, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura de Morte, em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença que cause a perda da existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 2.1 - Riscos Cobertos, exceto se decorrente do item 3 - Riscos Excluídos, ambos pertencentes a esta cláusula, observadas ainda as disposições do item 12 - Cancelamento do Seguro, constantes das Condições Gerais.

2. COBERTURA

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 Autônomicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 19 - Liquidação de Sinistro das Condições Gerais.

2.1 Riscos Cobertos

Consideram-se como Riscos Cobertos as ocorrências comprovadas, segundo critérios vigentes à época da regulação do Sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de Doença:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem 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) Deficiências visuais, decorrentes de Doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 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 atestado por profissional legalmente habilitado;
- i) Estados mórbidos, decorrentes de Doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

2.2 - Demais Riscos Cobertos

Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, descrito no item 8 (oito) desta cláusula adicional, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos:

- O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

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

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

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

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

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

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos Riscos mencionados no item 7 “Riscos Excluídos”, constantes das Condições Gerais consideram-se também como excluídos, 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 indireta, 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 pregresso;

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 no item dos Riscos cobertos.

4. DATA DO SINISTRO

A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

4.1 - Não reconhecimento da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

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

4.2 – Junta Médica

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de invalidez funcional permanente e total por Doença, a seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica.

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.

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.

4.3 – Despesas de Comprovação

As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

5. Forma de pagamento do capital segurado

Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado poderá ser realizado sob a forma de pagamento único.

6. Cancelamento do seguro

Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da cobertura de Morte, seu pagamento integral extingue, imediata e automaticamente a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro. Nessa hipótese, os Prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o Seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Contrato, sem qualquer devolução de Prêmios.

6.1 Esta cláusula poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 19 – Cancelamento do Seguro, das Condições Gerais da Apólice.

7. Início e término desta garantia

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

- a)** Simultaneamente com o cancelamento da Apólice ou da presente Cláusula Adicional, exceto para o Segurado que esteja em gozo do benefício concedido pela mesma;
- b)** A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da Apólice;
- c)** Com o pagamento do Capital Segurado na forma prevista no item 5 desta cláusula.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplicam-se à garantia concedida por esta cláusula adicional, todas as disposições contidas nas Condições Gerais da Apólice não modificadas pela presente.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO 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 CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10

	<p>3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20
--	---	----

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E/OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E/OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E/OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E/OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÉUTICA.	08

GLOSSÁRIO MÉDICO PARA OS TERMOS RELACIONADOS À COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

- 1) **Agravo Mórbido** – Piora de uma Doença.
- 2) **Alienação Mental** - Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
- 3) **Aparelho Locomotor** – Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 4) **Atividade Laborativa** – Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
- 5) **Auxílio** - A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 6) **Ato Médico** – Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 7) **Cardiopatia Grave** – Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 8) **Cognição** – Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
- 9) **Conectividade com a Vida** – Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- 10) **Consumpção** – Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por Doença.
- 11) **Dados Antropométricos** – No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- 12) **Deambular** – Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 13) **Declaração Médica** - Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 14) **Deficiência Visual** – Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 15) **Disfunção Imunológica** – Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de Doença.
- 16) **Doença Crônica** - Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 17) **Doença Crônica em Atividade** – Doença crônica que se mantém ativa, apesar do tratamento.

- 18) Doença Crônica de Caráter Progressivo** – Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 19) Doença do Trabalho** - Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).
- 20) Doença em Estágio Terminal** - Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 21) Doença Neoplásica Maligna Ativa** - Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 22) Doença Profissional** – Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 23) Estados Conexos** – Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 24) Etiologia** - Causa de cada Doença.
- 25) Fatores de Risco e Morbidade** – Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma Doença, ou que com ela interage.
- 26) Hígido** – Saudável.
- 27) Médico Assistente** – Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 28) Prognóstico** – Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma Doença.
- 29) Quadro Clínico** – Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 30) Recidiva** – Reaparecimento de uma Doença algum tempo depois de um acometimento.
- 31) Refratariedade Terapêutica** – Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 32) Relações Existenciais** – Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 33) Sentido de Orientação** – Faculdade do Segurado se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 34) Sequela** – Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma Doença.
- 35) Transferência Corporal** – Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. Objetivo da Cobertura

Mediante a inclusão desta cobertura na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela que integra esta condição, relativo à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto nos termos deste contrato de seguro, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, durante a vigência da cobertura, limitado ao capital segurado estipulado para esta cobertura, e observadas as demais condições contratuais.

2. Definições

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 3.1 das Condições Gerais:

2.1.1 Acidente pessoal: 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:

2.1.2 Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.3 Excluem-se desse conceito:

- a) 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) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definição do item 3.1 das condições gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

3.1 Em caso de acidente pessoal coberto e constatada a invalidez permanente total ou parcial do segurado, a seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, quando esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva do segurado.

32 A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica subscrita por profissional habilitado na especialidade compatível com o segmento da lesão e por exames compatíveis com a situação, que demonstrem alterações traumáticas com o nexo causal accidental.

33 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

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

35 Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente:

INVALIDEZ PERMANENTE	DESCRIÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
T O T A L	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
P A R C I A L D I V E R S A S	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	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
P A R C I A L M E M B R O S S U P E R I O R E S	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-úlnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo		
P A R C I A L I N F E R I O R E S	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70

Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbios-peroneiros	25
Fratura não-consolidada da rótula	20
Fratura não-consolidada de um pé	20

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	%SOBRECAPITAL SEGURADO
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	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
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	06
	- menos de 3 (três) centímetros	sem indenização
	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.		
DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
	- Em grau mínimo	10
	- Em grau médio	15
	- Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda total do olfato	7
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais:	
	- Unilateral	7
	- Unilateral com fistulas	15
	- Bilateral	14
	- Bilateral com fistulas	25
	Lesões da pálpebra:	
	- Ectrópio unilateral	3
	- Ectrópio bilateral	6
	- Entrópio unilateral	7
- Entrópio bilateral	14	
- Má oclusão palpebral unilateral	3	
- Má oclusão palpebral bilateral	6	
- Ptose palpebral unilateral	5	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	%SOBRECAPITAL SEGURADO
DIVERSAS	- Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	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	
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina(sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia(definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	10
	Perda de dois testículos	20
	Amputação traumática do pênis	50
	Perda de um ovário	10
	Perda de dois ovários	20
	Perda do útero antes da menopausa	40
	Perda do útero depois da menopausa	10
	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	Paralisia de uma corda vocal	10
	Paralisia de duas cordas vocais	30
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	RESSECÇÃO TOTAL OU PARCIAL DE UM PULMÃO (PNEUMECTOMIA-PARCIAL OU TOTAL):	
	- Com função respiratória preservada	15
	- Com redução em grau mínimo da função respiratória	25

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	%SOBRECAPITAL SEGURADO
DIVERSAS	- Com redução em grau médio da função respiratória	50
	- Com insuficiência respiratória	75
	MAMAS(FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ORGÃOEVÍCERAS)	
	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 ou definitiva	40
RETÓEÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FÍGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
Extirpação da vesícula biliar	7
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	5

3.6 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista nesta cobertura para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

3.7 Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

3.8 Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão.

3.9 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura.

3.10 Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à da indenização prevista para sua perda total.

3.11 A perda ou agravo da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao recebimento do Capital Segurado, salvo quando previamente declarado pelo segurado na contratação do seguro. Nessas condições, será deduzido do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, devidamente comprovada por laudo médico atestando o grau de preexistência.

4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):

- a) Perda de dentes e danos estéticos;
- b) Doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- c) Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- d) Moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de micro traumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite etc.

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, observados as demais disposições destas Condições Especiais.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5.3 No caso de invalidez permanente parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

5.4 Se, depois de pagar a indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado da(s) cobertura(s) por morte.

5.5 Os capitais segurados das coberturas de morte e invalidez permanente total por acidente não se acumulam em consequência de um mesmo evento.

6. Cancelamento da cobertura individual

6.1 Após o pagamento de indenização por invalidez permanente e Total por acidente, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7. Liquidação de Sinistros

7.1 Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado (original);
- b) RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado (cópia simples);
- c) Comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado (cópia simples);
- d) Formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir) (cópia simples);
- e) Laudo da Perícia do INSS
- f) Boletim de Ocorrência Policial (se houver) (cópia simples);
- g) CNH - Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente) (cópia simples);
- h) Relatório médico devidamente elaborado, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente, e se o segurado está de alta médica definitiva (original);
- i) Todos os exames realizados, diagnósticos de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme (cópia simples);
- j) Ficha de Registro do empregado (cópia simples);
- k) Formulário de Autorização para Crédito em conta, no caso de eventual pagamento (original);
- l) Formulário próprio de Registro de Informações Cadastrais preenchido e assinado.
- m) Se necessário, documentos complementares serão solicitados.

8. Despesas de Comprovação

8.1 As despesas efetuadas com a legitimação da cobertura de invalidez permanente total ou parcial por acidente são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

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

9. Junta Médica

9.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

9.2 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.

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

10. Disposições Gerais

10.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

AUXÍLIO FUNERAL

1. Objetivo da Cobertura

1.1 Mediante contratação expressa desta cobertura e pagamento do respectivo prêmio pelo estipulante, a seguradora garante o reembolso das despesas comprovadas com funeral do segurado titular, até o limite do capital segurado contratado para esta cobertura, observadas as Condições Gerais, estas Condições Especiais, a apólice, o contrato coletivo e o certificado individual.

1.2 Esta cobertura será prestada exclusivamente na modalidade de reembolso de despesas comprovadas com funeral, sendo única por segurado e limitada ao capital segurado contratado para a cobertura de Auxílio Funeral.

2. Definições

As definições estão previstas nas Condições Gerais do seguro.

3. Riscos Cobertos

Está coberto o reembolso das despesas necessárias ao funeral do segurado titular, limitado ao capital segurado contratado e mediante apresentação dos comprovantes exigidos.

3.1 Para fins desta cobertura, entende-se:

3.1 Reembolso das despesas com funeral:

a) Em substituição à prestação de serviço de assistência funeral, caso existam responsáveis pelo dispêndio das despesas com o funeral do segurado, a seguradora efetuará o reembolso dos valores diretamente a eles, até o limite do capital segurado contratado.

b) O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor contrato para esta cobertura.

4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais do seguro, estão também excluídas da cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral por Morte:

a) Traslado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município aonde a cremação possa ser efetuada;

b) Despesas de aquisição, confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigo ou carneiro lápide de túmulo, marmoraria do jazigo;

c) Realização ou despesas de exumação de corpos que estiverem no jazigo, quando do sepultamento do segurado;

d) Realização ou despesas com buscas, obtenção de provas e formalidades legais e burocráticas, no caso de o segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja sua natureza, implicando “morte presumida”;

e) Despesas adicionais de traslado do corpo, decorrentes de alteração do local de sepultamento ou cremação para fora do município de moradia habitual do segurado;

f) A cremação do segurado em município que não disponha desse serviço;

g) Despesas extras como, por exemplo, com transporte, alimentação e hospedagem de familiares do segurado;

h) A prestação do serviço de assistência funeral nas localidades em que a legislação não permita a atuação da prestadora do serviço.

i) Tanatopraxia

5. Capital Segurado

O capital segurado individual para esta cobertura é apurado segundo os critérios previstos no item “Capital Segurado” das Condições Gerais deste seguro e é a importância máxima a ser paga pela seguradora, vigente na data do evento, em caso de

a) ocorrência do risco coberto sob esta cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral, de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

a) Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

6. Âmbito Geográfico

- i. A cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral é devida ao segurado residente no Brasil, quando o óbito ocorrer dentro ou fora de seu Município de domicílio permanente, ou ainda quando em viagens ao exterior.
- ii. Caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento/cremação no local do evento, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem (classe econômica) para um membro da família e reembolsará os gastos efetuados com o sepultamento/cremação até o limite contratado para a cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral, mediante entrega dos comprovantes originais das respectivas despesas.

7. Liquidação de Sinistros

Se a cobertura for utilizada na forma de reembolso, adicionalmente aos documentos relacionados na condição especial da cobertura de morte, os documentos básicos necessários são:

- a) Comprovantes (notas fiscais) originais das despesas realizadas com o funeral do segurado (original);
- b) Cartão do CNPJ, em se tratando de pessoa jurídica (cópia simples);
- c) Contrato Social e sua última alteração;
- d) Documento de Identificação do Segurado (cópia simples).
- e) CPF Segurado (cópia simples).
- f) RG Custeador da Nota apresentada (cópia simples).
- g) CPF Custeador da Nota apresentada (cópia simples).
- h) Comprovante de endereço atualizado nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) (cópia simples).
- i) Se necessário documentos complementares serão solicitados

Se a cobertura for utilizada na forma de prestação de serviços, não haverá documentos adicionais àqueles relacionados na condição especial da cobertura de morte.

8. Disposições Gerais

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

O pagamento de indenização por esta Cobertura de Reembolso de Despesas com Funeral não implica o reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.