

Condições Gerais

# SEGURO DE VIDA EM GRUPO

Processo Susep: 15414.0000802012-51



## Sumário

SEGURO DE VIDA EM GRUPO – TAXA MÉDIA.....	4
1. OBJETIVO .....	4
2. DEFINIÇÕES.....	4
3. GARANTIAS DO SEGURO.....	11
4. RISCOS EXCLUÍDOS .....	23
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA .....	28
6. MODALIDADES DE CAPITAL SEGURADO.....	28
7. CARÊNCIA .....	29
8. FRANQUIA.....	29
9. INCLUSÃO DO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO .....	29
10. COBERTURA SUPLEMENTAR PARA SEGURADOS DEPENDENTES.....	31
11. MENORES DE 14 ANOS.....	32
12. AGRAVAMENTO DO RISCO .....	32
13. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO .....	33
14. PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	34
15. ATUALIZAÇÃO DO(S) CAPITAL(IS) SEGURADO(S) E PRÊMIO(S).....	35
16. RECÁLCULO DE TAXA.....	35
17. SUSPENSÃO DO SEGURADO E DAS COBERTURAS .....	36
18. REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS .....	37
19. BENEFICIÁRIOS .....	37
20. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	38
21. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	39
22. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	39
23. DATA DO EVENTO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO .....	40
24. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS .....	42
25. COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	49
26. EXCEDENTE TÉCNICO .....	52
27. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE .....	53
28. REGIME FINANCEIRO.....	54
29. ALTERAÇÕES CONTRATUAIS .....	54
30. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	54



31.	APLICABILIDADE DAS CONDIÇÕES GERAIS .....	54
32.	MORA .....	54
33.	FORO.....	55
34.	DISPOSIÇÕES FINAIS.....	55
TABELA PARA CÁLCULO – INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE .....		55



## SEGURO DE VIDA EM GRUPO – TAXA MÉDIA

### 1. OBJETIVO

1.1 Este Seguro tem por objetivo garantir, dentro dos limites e sob as Condições Gerais, a seguir enumeradas, Especiais e/ou no Contrato, expressamente convencionadas, o pagamento de uma indenização ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, desde que respeitadas as Condições Contratuais e não decorrentes de riscos excluídos.

### 2. DEFINIÇÕES

2.1 Aceitação: é o ato de aprovação, após análise do risco proposto, pela Seguradora, da Proposta de Contratação, efetuada pelo Estipulante, ou da Proposta de Adesão, efetuada pelo Proponente Individual, para a cobertura de determinado(s) risco(s) e que servirá de base para a emissão da Apólice e/ou do Certificado Individual.

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

2.2.1 incluem-se nesse conceito:

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

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

c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

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

2.2.2 excluem-se desse conceito:

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



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

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

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

2.3. Aditivo: são as alterações efetuadas na Proposta de Contratação que, após assinatura do Estipulante/Subestipulante e o Corretor, será efetuado o endosso na Apólice.

2.4. Agravação de Risco: circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora, independente ou não da vontade do Segurado.

2.5. Âmbito Geográfico de Cobertura: é a delimitação física da(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.

2.6. Apólice: é o documento que formaliza a aceitação, pela Seguradora, da cobertura proposta pelo Proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos. É o instrumento do contrato de seguro pelo qual o Segurado repassa à Seguradora a responsabilidade sobre os riscos, estabelecidos na mesma, que possam advir. A apólice contém as cláusulas e condições gerais e/ou especiais do contrato. Constitui-se, assim, no contrato de Seguro propriamente dito.

2.7. Aviso de Sinistro: é a comunicação da ocorrência de um evento (sinistro) que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento. Pode-se dizer que é a comunicação oficial à Seguradora da ocorrência do Sinistro, sua natureza e gravidade.

2.8. Beneficiário: é a pessoa designada pelo Segurado para receber a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado. O Segurado poderá designar, caso não exista impedimento legal, mais de um Beneficiário.

2.9. Boletim de Ocorrência (BO): documento emitido pela Polícia que relata as circunstâncias de acidentes ocorridos, ou registra o roubo/furto de bens do Segurado.



- 2.10. Cancelamento: título de cláusula constante das Condições Gerais dos seguros, que regula a rescisão do contrato, quer pelo Segurado, quer pela Seguradora.
- 2.11. Capital Segurado: é a importância máxima paga pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) em função do valor estabelecido para cada garantia contratada, vigente na data do evento.
- 2.12. Carência: é o período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito à integralidade da(s) garantia(s) contratual(is), sendo inexistente em caso de acidente pessoal. Ver item 7.
- 2.13. Certificado Individual: é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação ou renovação do Seguro, informa o prazo de vigência da cobertura individual, o valor do Capital Segurado e o prêmio total do Seguro.
- 2.14. Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.
- 2.15. Condições Especiais: é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de coberturas que podem ser contratadas dentro de um mesmo Plano de Seguro.
- 2.16. Condições Gerais: são as cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo os direitos e deveres do Segurado, da Seguradora, dos beneficiários e do Estipulante.
- 2.17. Consignante: é a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento, em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios a serem pagos pelos Segurados.
- 2.18. Contrato: é o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do Plano Coletivo, e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos Beneficiários.
- 2.19. Corretor: é o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na SUSEP para intermediar e promover Contratos de Seguro, conforme definido no Decreto-Lei nº 73/1966 e na Lei nº 4.594/1964.
- 2.20. Culpa Grave: termo utilizado para expressar forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada por negligência ou imprudência grosseira, sendo que, apesar de a ação resultar em consequências sérias ou mesmo trágica, não houve, por parte do agente, a



intenção clara de obter o resultado, embora tivesse assumido a possibilidade da sua realização.

- 2.21. Declaração Pessoal de Saúde e Atividades: é o questionário integrante da Proposta de Adesão, que deverá ser respondido de próprio punho pelo Proponente, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado, bem como sua principal ocupação e/ou atividade e profissão.
- 2.22. Doença: é o evento decorrente da perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.
- 2.23. Doença Congênita: considera-se como doença congênita, para fins desta cobertura, defeitos anatômicos e funcionais diagnosticados quando do nascimento com vida.
- 2.24. Doenças Graves: para fins deste Seguro, considera-se exclusivamente como tal a Neoplasia Maligna (CÂNCER) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC), bem como os seguintes procedimentos cirúrgicos: Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (PONTE DE SAFENA); e Cirurgia de Válvulas Cardíacas e Aorta.
- 2.25. Doenças Lesões e/ou Deficiências Preexistentes e suas Consequências: são as doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação, e que não tenha sido declarada na Proposta de Adesão. A preexistência de doenças ou lesões poderá ser constatada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.
- 2.26. Dolo: intenção de praticar um mal que é considerado crime, seja por ação ou por omissão, ou ainda, vício de consentimento caracterizado na intenção de prejudicar ou fraudar outrem.
- 2.27. Endosso: é o documento expedido pelo Segurador, durante a vigência do contrato/apólice, pelo qual este e o segurado acordam quando a alteração de dados, modificam condições ou objetos da apólice ou o transferem a outrem.



- 2.28. Estipulante: é a pessoa natural ou jurídica que administra a Apólice e representa os Segurados perante a Seguradora, tendo suas obrigações definidas nas Condições Gerais do Seguro.
- 2.29. Evento Coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.
- 2.30. Excedente Técnico: saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período.
- 2.31. Formulário de Aviso de Sinistro: é o documento pelo qual é feita a comunicação de sinistro à Seguradora.
- 2.32. Franquia: é a parte do risco, determinada em valor, dias ou percentagem, que fica a cargo do Segurado, e cujo montante será fixado no Contrato.
- 2.33. Garantias: são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto contratado.
- 2.34. Grupo Segurado: é constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido aceitos como Segurados, desde que já tenha iniciado a vigência da cobertura individual.
- 2.35. Grupo Segurável: é o conjunto de pessoas que mantém vínculo com o Estipulante.
- 2.36. Incapacidade: **é a perda total, temporária ou permanente da capacidade para exercer a atividade** principal declarada na Proposta de Adesão, decorrente de doença ou acidente pessoal cobertos.
- 2.37. Indenização: é o valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), correspondente ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado, deduzido os valores referentes à carência e/ou franquia, quando houver.
- 2.38. Início de Vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- 2.39. Invalidez Permanente: é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.
- 2.40. Liquidação do Sinistro: é o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.
- 2.41. Má-fé: consciência da ilicitude na prática de um ato com finalidade de lesar direito de terceiro.





- 2.42. Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- 2.43. Nota Técnica Atuarial: é o documento, previamente protocolizado na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do Seguro.
- 2.44. Parâmetros Técnicos: a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.
- 2.45. Prazo de Carência: é o período, contado a partir da data do início de vigência do Seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência de sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento dos Capitais Segurados contratados.
- 2.46. Prêmio de Seguro: é o valor que o Segurado Principal e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) garantia(s) contratada(s).
- 2.47. Proponente: é a pessoa que propõe sua adesão ao Seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.
- 2.48. Proposta de Adesão: é o instrumento mediante o qual o Proponente expressa a intenção de participar do Seguro, especificando seus dados cadastrais, respondendo à Declaração Pessoal de Saúde e Atividades e manifestando pleno conhecimento e concordância com as regras estabelecidas nas respectivas Condições Contratuais.
- 2.49. Proposta de Contratação: é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.
- 2.50. Reabilitação do Seguro: é o restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.
- 2.51. Regime Financeiro de Repartição Simples: é aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações neste mesmo período.
- 2.52. Regulação de Sinistro: é o exame, na ocorrência de um sinistro, das causas e circunstâncias para caracterização do risco ocorrido e, em face dessas verificações, se



concluir sobre a sua cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.

- 2.53. Reintegração do Capital Segurado: é a recomposição do Capital Segurado após a liquidação do sinistro.
- 2.54. Renda: forma de indenização efetuada pela Seguradora e caracterizada como sendo uma série de pagamentos periódicos a que tem direito o(s) assistido(s).
- 2.55. Risco: é o evento incerto ou de data incerta que independente da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro. O risco é a expectativa de sinistro. Sem risco não pode haver contrato de seguro. É comum a palavra ser usada, também, para significar a coisa ou pessoa sujeita ao risco. O risco pode também ser definido como a incerteza com relação à perda, ou o risco é o objeto do seguro, configurando a probabilidade de um evento futuro atingir um bem que representa um interesse econômico para o Segurado.
- 2.56. Riscos Excluídos: são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.
- 2.57. Segurado: é o Proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.
- 2.58. Segurado Dependente: o cônjuge, os filhos, os pais, os irmãos e os demais dependentes considerados como tais pela legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, desde que não sejam seguráveis como Segurados Principais, quando incluídos no Seguro.
- 2.59. Segurado Principal: é a pessoa física habilitada a ser incluída na Apólice de Seguro e que mantenha vínculo com o Estipulante/Subestipulante.
- 2.60. Seguradora: empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no Contrato de Seguro.
- 2.61. Seguro: contrato pelo qual uma das partes, mediante cobrança de prêmio, a indenizar outra pela ocorrência de determinados eventos ou por prejuízos eventuais.
- 2.62. Sinistralidade: número de vezes que os sinistros ocorrem e seus valores. Mede a expectativa de perda, que é imprescindível para estabelecer o prêmio estatístico ou o custo puro de proteção.
- 2.63. Sinistro: ocorrência de acontecimento previsto no contrato de seguro e que, legalmente, obriga a Seguradora a indenizar.



- 2.64. Taxa: elemento necessário à fixação das tarifas de prêmios, cálculos de juros, reservas matemáticas, etc. A taxa é uma porcentagem fixa, que se aplica a cada caso determinado, estabelecendo a importância necessária ao fim visado.
- 2.65. Vigência do Seguro: é o período de tempo fixado para validade do seguro (ou cobertura). É o prazo que determina o início e o fim da duração das coberturas ou garantias contratadas.
- 2.66. Vigência da Cobertura Individual: é o período em que o Segurado está coberto pela(s) garantia(s) deste Seguro.

### **3. GARANTIAS DO SEGURO**

3.1 As garantias do Seguro se dividem em Básica, Adicionais e Especiais, sendo que o Seguro não pode ser contratado sem a garantia básica. Além destas garantias, temos também extensão destas para os Segurados Dependentes, conforme previsto nas Cláusulas Suplementares.

3.2 Garantia Básica: É a garantia que é obrigatória na contratação do Seguro de Vida em Grupo.

3.2.1 Morte (MQC): Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma indenização referente ao valor do Capital Segurado Contratado, na ocorrência de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais, sendo observado o seguinte:

a) Em caso de morte acidental:

a.a) o acidente deverá ter ocorrido durante a vigência do Seguro;

b) Em caso de morte natural:

b.b) a morte do Segurado deverá ter ocorrido durante a vigência do Seguro.

c) Menores de 14 anos:

c.c) Para os menores de quatorze anos, esta garantia destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de documentos originais especificados, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros, conforme item 11.

3.3 Garantias Adicionais: As Garantias Adicionais somente poderão ser contratadas se houver a contratação da garantia básica de Morte (MQC).



3.3.1 Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA): Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma indenização referente ao valor do Capital Segurado Contratado, em caso de morte do Segurado ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do Seguro.

a) Importante: As garantias de Morte (MQC) e de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) são cumulativas.

3.3.2 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio Segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste Seguro.

a) Após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de Invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma indenização, conforme Tabela para Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente, anexa às presentes Condições Gerais.

b) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

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

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

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

f) A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica, sendo facultada à Seguradora a solicitação de junta médica.

f.f) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta garantia.



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

h) As Indenizações das coberturas de Morte (Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Morte (MQC)) e a Indenização da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

3.3.3 Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio Segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva total de um membro ou órgão em virtude de lesão física ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência deste Seguro. Para fins de indenização, serão considerados como casos indenizáveis os dispostos a seguir:

a) Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, serão indenizados exclusivamente os casos de invalidez permanente que seguem:

- a.a) Perda total da visão de ambos os olhos;
- a.b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
- a.c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
- a.d) Perda total do uso de ambas as mãos;
- a.e) Perda total do uso de um braço e uma perna;
- a.f) Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;
- a.g) Perda total do uso de ambos os pés; e
- a.h) Alienação mental total e incurável.

b) Em caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, não caberá pagamento de indenização. Quando se tratar de lesões múltiplas, serão indenizados os casos em que o somatório dos graus de invalidez, determinados conforme Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente, seja igual ou superior a 100% (cem por cento).

c) O limite para a garantia de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) será sempre igual ao Capital Segurado contratado.

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



e) A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica, sendo facultada à Seguradora a solicitação de junta médica.

f) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta garantia.

g) As Indenizações das coberturas de Morte (Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Morte (MQC)) e a Indenização da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

3.3.4 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): Garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, limitado a 100% (cem por cento), da garantia de Morte (MQC) em caso de diagnóstico de doença, exclusivamente quando não se puder esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, e que cause a perda da Existência Independente do Segurado.

a) A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. O Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 23.2.

b) Para fins desta garantia, considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada – segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada – de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

- b.a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b.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;
- b.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;
- b.d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;



- b.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;
  - b.f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
  - b.g) Deficiência visual decorrente de cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
  - b.h) Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
  - b.i) Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
  - b.j) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições dos subitens 3.3.5c.g), 3.3.5c.h), 3.3.5c.i);
  - b.k) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
  - b.l) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
  - b.m) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;
  - b.n) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- c) Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, a ser fornecido pela Seguradora quando do aviso do sinistro, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- d) A invalidez funcional permanente deve ser comprovada através de declaração médica, sendo facultada à Seguradora a solicitação de junta médica.
- d.a) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
  - d.b) 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.

e) Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o Capital Segurado Contratado será pago em uma única vez.

f) Consideram-se também como total e permanentemente inválidos os Segurados portadores de doença em fase terminal, atestada por profissional legalmente habilitado.

g) Importante: Para a contratação desta garantia, é necessária também a contratação da garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), está com um Capital Segurado igual à, no mínimo, 100% (cem por cento) do Capital da garantia básica de Morte (MQC).

3.3.5 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPD-A): Garante ao próprio Segurado a antecipação do pagamento de um percentual, limitado a 100% (cem por cento), da garantia de Morte (MQC) em caso de diagnóstico de doença, exclusivamente quando não se puder esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, e que cause a perda da Existência Independente do Segurado.

a) O percentual da Garantia Básica que será antecipado em caso de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença do Segurado será definido no Contrato de Seguro.

b) A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. O Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 23.2.

c) Para fins desta garantia, considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada – segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada – de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

- c.a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- c.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.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;





- c.e) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
  - c.f) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
  - c.g) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
  - c.h) Deficiência visual decorrente de cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
  - c.i) Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
  - c.j) Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
  - c.k) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições dos subitens c.7), c.8), c.9);
  - c.l) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
  - c.m) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
  - c.n) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;
  - c.o) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- d) Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, a ser fornecido pela Seguradora quando do aviso do sinistro, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- e) A invalidez funcional permanente deve ser comprovada através de declaração médica sendo facultada à Seguradora a solicitação de junta médica.
- e.a) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
  - e.b) A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim



como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

f) Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o Capital Segurado Contratado será pago em uma única vez.

g) Consideram-se também como total e permanentemente inválidos os Segurados portadores de doença em fase terminal, atestada por profissional legalmente habilitado.

h) Por tratar-se de uma antecipação da garantia de Morte, caso a indenização da garantia de IFPD-A seja de 100% (cem por cento) do Capital da garantia básica de Morte (MQC), o Seguro será cancelado.

i) Importante: Para a contratação desta garantia, é necessária também a contratação da garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), está com um Capital Segurado igual à, no mínimo, 100% (cem por cento) do Capital da garantia básica de Morte (MQC).

3.3.6 Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD): Garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, limitado a 100% (cem por cento), da garantia de Morte (MQC) em caso em caso de Invalidez Permanente e Total por Doença, comprovada através de declaração médica, para o exercício de sua atividade laborativa principal. Considerada como tal aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento da sua constatação, causada por doença, desde que a doença que determinou a incapacidade não tenha sido contraída antes da data de contratação do Seguro.

Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.

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

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

c) O percentual da Cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) que será antecipado em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença do Segurado será definido no Contrato de Seguro.

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



e) Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez por doença, se o percentual previsto para a cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) for inferior a 100% da cobertura de Morte Qualquer Causa (MQC), o Seguro continuará vigorando somente com a cobertura de Morte Qualquer Causa (MQC), com o Capital Segurado deduzido do valor indenizado para Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), e as demais coberturas vigentes.

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

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

h) Importante: Para a contratação desta garantia, é necessária também a contratação da garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), está com um Capital Segurado igual à, no mínimo, 100% (cem por cento) do Capital da garantia básica de Morte (MQC).

3.3.7 Diárias por Incapacidade por Acidente Pessoal (DIA): Garante ao Segurado Principal o pagamento de diárias, no caso de sua incapacidade temporária, causada por acidente pessoal coberto e caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, observado o limite contratual máximo de 360 (trezentas e sessenta) diárias por evento e o período de franquia, se houver.

a) A franquia para a Garantia Adicional de Diárias por Incapacidade por Acidente Pessoal (DIA) será de, no máximo, quinze dias, contados da data da caracterização da incapacidade, conforme mencionado no Contrato.

b) A Garantia Adicional de Diárias por Incapacidade por Acidente Pessoal (DIA) não é extensiva aos Segurados Dependentes.

c) Importante: Para a contratação desta garantia, é necessária a contratação também da garantia de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) ou Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), estas com no mínimo 100% do Capital da garantia básica de Morte (MQC).

3.3.8 Perda de Renda por Desemprego (PRD): Garante ao Segurado Principal o pagamento do Capital Segurado contratado, quando da perda do seu emprego. Os pagamentos serão realizados mensalmente, durante o prazo definido no Contrato, limitados ao período durante o qual o Segurado permanecer desempregado e observado o período de carência, se houver.



- a) A demissão deverá ter ocorrido sem justa causa, e não poderá ser decorrente de pedido de demissão pelo Segurado. Para fazer jus à cobertura, o Segurado deverá comprovar a permanência no último emprego pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses consecutivos.
- b) A Garantia Adicional de Perda de Renda por Desemprego (PRD) não é extensiva aos Segurados Dependentes.
- c) Esta Garantia está sujeita a carência e franquia estabelecida no Contrato.
- d) Importante: Esta garantia só pode ser contratada por profissionais que contenham vínculo empregatício.

3.3.9 Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO): Garante ao Segurado o reembolso, até o valor do Capital Segurado contratado, de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas efetuadas para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto. A Seguradora indenizará as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares, incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado.

a) Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

a.a) Estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;

a.b) Aparelhos que se referem a órteses (aparelho ou equipamento que venha a sustentar ou corrigir alguma parte do corpo humano) de qualquer natureza e a próteses (substituição de um órgão ou parte dele por uma peça artificial) de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

b) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços Médicos, Hospitalares e Odontológicos, desde que legalmente habilitados.

c) A comprovação das Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

d) Esta Garantia aplica-se somente para eventos ocorridos no território nacional.

3.3.9 Rescisão Contratual por Morte (RCM): É a garantia do reembolso ao Estipulante, referente às despesas efetuadas com a rescisão do contrato de trabalho, limitado ao Capital Segurado Contratado e desde que devidamente comprovadas, em decorrência do evento morte do Segurado, ocorrido durante a vigência do Seguro.

a) Uma Pessoa Jurídica só poderá ser beneficiária nesta garantia se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.



3.3.10 Doença Congênita de Filhos (DCF): Garante ao segurado o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura em razão do nascimento de filho com vida, portador de doença congênita prevista nestas Condições Gerais, que tenha sido diagnosticada até o 6º (sexto) mês de vida, contado a partir da data do nascimento, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.

Estão cobertas as seguintes doenças congênitas:

- a) Malformação do Sistema Nervoso: Central e Periférico;
- b) Malformação do Coração (exceto comunicação intra atrial isolada) e de grandes vasos;
- c) Malformação da traqueia e dos pulmões;
- d) Malformação dos rins;
- e) Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;
- f) Malformação dos Membros Superiores e Inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;
- g) Malformação dos órgãos sensoriais, exclusivamente visão e audição; e,
- h) Anomalias cromossômicas (Síndrome de Down e Síndrome de Tumer)

O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta garantia, só será efetuado desde que a data de nascimento do filho ocorra no período de vigência desta cobertura.

3.3.11 Doenças Graves (DG): visa garantir ao próprio Segurado a antecipação de parte do Capital Segurado contratado para a Cobertura Morte Qualquer Causa (MQC), quando o mesmo apresentar qualquer uma das doenças graves ou procedimentos cirúrgicos relacionados e descritos no item 3.3.11c), respeitado o prazo de carência de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual e as demais disposições aplicáveis.

a) A presente Cobertura Adicional será extinta, integralmente, em caso de ocorrência de uma das seguintes situações:

a.a) No momento em que a Seguradora realizar o pagamento da indenização prevista pela Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG). Neste caso o Seguro continuará vigorando somente com o valor correspondente a Cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) deduzida a indenização prevista pela

Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG); ou

a.b) Quando o Segurado completar 70 (setenta) anos de idade. Neste caso o Seguro continuará vigorando somente com as coberturas remanescentes.



b) A partir do momento em que a Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG) for extinta, o prêmio do Seguro será recalculado em função do valor do Capital Segurado das coberturas remanescentes.

c) As doenças graves e os procedimentos cirúrgicos abrangidos por esta Cobertura Adicional correspondem, exclusivamente, aos seguintes eventos:

c.a) Neoplasia Maligna (CÂNCER): doença provocada por tumor maligno (sarcomas, carcinomas, leucemias e similares) cujas características são o crescimento e a multiplicação incontrolada de células malignas e a invasão do tecido normal.

c.b) Acidente Vascular Cerebral (AVC): qualquer espécie de acidente cerebrovascular com sequelas neurológicas e com duração superior a 24 (vinte e quatro horas), que inclui a morte do tecido cerebral decorrente de fluxo sanguíneo deficiente por hemorragia, isquemia ou embolia proveniente de uma fonte extra cranial. As sequelas neurológicas deverão ser comprovadas, por intermédio de exame(s) e de atestado médico, após transcorrido o período de 90 (noventa) dias contados a partir da data do diagnóstico do AVC.

c.c) Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (PONTE DE SAFENA): intervenção cirúrgica, a céu aberto, para a recuperação de uma ou mais artérias coronárias, as quais encontram-se torcidas ou bloqueadas, introduzindo-se um "by-pass" artéria-coronário.

c.d) Cirurgia de Válvulas Cardíacas e de Aorta: intervenção cirúrgica, a céu aberto, que visa recuperar ou substituir uma válvula cardíaca ou corrigir um estreitamento, dissecção ou aneurisma da Aorta. Para fins deste Seguro, Aorta se refere à Aorta torácica e abdominal, não incluindo as suas ramificações.

3.4 Garantias Especiais: Para a contratação de alguma das Garantias Especiais é obrigatória a contratação da garantia básica de Morte (MQC).

3.4.1 Auxílio Funeral (AF): Esta garantia visa reembolsar a pessoa que efetuou o pagamento das despesas com o funeral, em caso de Morte do Segurado.

3.4.2 Auxílio Alimentação (AA): Esta garantia tem como objetivo o pagamento de um Auxílio Alimentação ao beneficiário ou ao próprio Segurado, por um período e valor que estará determinado no Contrato do Seguro. Esta garantia adicional poderá ser aplicada às garantias Morte (MQC), Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratadas.

3.4.3 Auxílio Financeiro (AFin): Esta garantia tem como objetivo o pagamento de um Auxílio Financeiro ao beneficiário ou ao próprio Segurado, por um período e valor que estará determinado no Contrato do Seguro. Esta garantia adicional poderá ser aplicada às garantias



Morte (MQC), Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratadas.

3.4.4 Auxílio Emergencial (AE): Esta garantia tem como objetivo o pagamento de um Auxílio Emergencial ao beneficiário ou ao próprio Segurado, por um período e valor que estará determinado no Contrato do Seguro. Esta garantia adicional poderá ser aplicada às garantias Morte (MQC), Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratadas.

3.4.5 Auxílio Educação (AEEd): Esta garantia tem como objetivo o pagamento de um Auxílio Educação ao beneficiário ou ao próprio Segurado, por um período e valor que estará determinado no Contrato do Seguro. Esta garantia adicional poderá ser aplicada às garantias Morte (MQC), Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratadas.

## 4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

4.1.1 de doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão, exceto para os casos de contratação da cobertura de Doenças Congênitas dos Filhos (DCF) desde que ainda não diagnosticadas quando da contratação do Seguro;

4.1.2 de ato doloso ilícito do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro;

4.1.3 de ato doloso ilícito praticado por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários ou seus representantes, para os Seguros contratados por Pessoa Jurídica;

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

4.1.5 de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;

4.1.6 de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;

4.1.7 de atos terroristas;

4.1.8 epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;



4.1.9 do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência individual; e

4.1.10 de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.

4.2 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos das garantias de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) e Doenças Graves (DG) do Seguro:

4.2.1 de qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias resultantes de ferimento visível;

4.2.2 de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

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

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

4.3.2 os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional;

4.3.3 a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo;

4.4 Além dos riscos mencionados nos subitens 4.1 e 4.2, estão também expressamente excluídos da garantia de Diárias por Incapacidade por Acidente Pessoal (DIA) os eventos ocorridos em consequência:

4.4.1 de doenças, lesões e/ou deficiências preexistentes à renovação deste Seguro e que tenham gerado sinistro em períodos de vigência anteriores, relacionados a moléstias de longo tratamento ou de tratamento continuado;





- 4.4.2 de estresse, incluído “burnout”, e depressão;
- 4.4.3 de doenças crônico-degenerativas, genéticas e infecções crônicas;
- 4.4.4 de tratamento dentário não decorrente de acidente e suas consequências;
- 4.4.5 de cirurgia de ceratotomia (correção de miopia) e suas consequências;
- 4.4.6 de cirurgias plásticas não reparadoras e nem decorrentes de acidentes sofridos durante a vigência do Seguro;
- 4.4.7 de fibromialgias;
- 4.4.8 de doença Miofascial;
- 4.4.9 de tratamentos cirúrgicos para doença fibrocística de mama e suas consequências;
  - 4.4.10 de tratamento clínico ou cirúrgico de hallus valgus (joanete);
  - 4.4.11 de todos os afastamentos decorrentes de doenças degenerativas ou crônicas da coluna vertebral, mesmo que agravadas ou desencadeadas por acidente/trauma, exceto os afastamentos decorrentes de pós-operatórios imediatos de cirurgia da coluna vertebral;
  - 4.4.12 de períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias relativos aos pós-operatórios de cirurgias de varizes e hemorroidas;
  - 4.4.13 de períodos de afastamentos superiores a 30 (trinta) dias devido a contusões, luxações ou entorses;
  - 4.4.14 de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
  - 4.4.15 de tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências;
  - 4.4.16 de tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;
  - 4.4.17 de tratamento por motivos de obesidade, obesidade mórbida, senilidade, geriatria, repouso, rejuvenescimento, convalescença e abração química cirúrgica e suas consequências; e
  - 4.4.18 de complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos.
- 4.5 Além dos riscos mencionados nos subitens 4.1 e 4.2, estão também expressamente excluídos da garantia de Perda de Renda por Desemprego (PRD) os eventos ocorridos em consequência:
  - 4.5.1 de jubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
  - 4.5.2 de renúncia ou perda voluntária do emprego;



4.5.3 de trabalhos de profissionais liberais ou funcionários que tenham cargo público com estabilidade de emprego;

4.5.4 do término de um contrato de trabalho por tempo determinado, inclusive estágios;

4.5.5 de demissão por justa causa, no caso de empregados trabalhando sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho;

4.5.6 de exoneração ocorrida em função de prática irregular, conforme previsto no estatuto que rege o funcionalismo público federal, estadual ou municipal a qual pertence o Segurado;

4.5.7 do desligamento de cargo de confiança em empresa pública, fundação ou órgão público;

4.5.8 de campanhas de demissão em massa;

a) Para fins deste Seguro, considera-se demissão em massa o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) do seu quadro de pessoal no mesmo mês.

4.5.9 de perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais de um no mesmo período;

4.5.10 de trabalhador sem vínculo trabalhista formal com o empregador através de Carteira de Trabalho assinada, de acordo com as Consolidações das Leis do Trabalho;

4.5.11 de trabalhador com vínculo trabalhista formal com o empregador através de Carteira de Trabalho assinada por menos um ano;

4.5.12 Estão ainda excluídas da cobertura, as pessoas que exercem os seguintes tipos de atividade:

a) exerçam atividades em regime complementar de trabalho, ou como “horistas”;

b) estágio probatório ou sob contrato temporário de trabalho;

c) estágio escolar;

d) trabalho como profissional autônomo; e

e) donos de empresa, sócios ou diretores, que tenham como fonte de remuneração o pró-labore.

4.6 Além dos riscos mencionados nos itens 4.1 e 4.3, estão também expressamente excluídos da cobertura de Doenças Graves (DG):

4.6.1 Os eventos ocorridos em consequência de doenças ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, inclusive aquelas cobertas pela respectiva Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG);

4.6.2 Os eventos ocorridos em consequência do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou onizantes;



- 4.6.3 Qualquer classe de Neoplasia Maligna (CÂNCER) sem invasão ou insitu (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão;
- 4.6.4 As doenças e procedimentos cirúrgicos correlacionados com infecção do vírus HIV, entre elas o sarcoma de Kaposi;
- 4.6.5 O carcinoma baso celular e a leucemia linfocítica crônica;
- 4.6.6 O estágio "A" do câncer de próstata (tumor não palpável comprometendo menos que 5% da próstata);
- 4.6.7 O estágio "I" da doença de Hodgkin;
- 4.6.8 Os ataques isquêmicos transitórios e qualquer outra alteração neurológica não resultante de acidente vascular, bem como injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
- 4.6.9 Os procedimentos cirúrgicos na artéria Aorta decorrentes de acidente pessoal;
- 4.6.10 A angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares);

4.7 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos da cobertura de Doenças Congênitas dos Filhos (DCF):

- 4.7.1 Doenças que não observem o conceito de doenças congênitas definido nestas Condições Gerais;
- 4.7.2 Eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período de gestação;
- 4.7.3 Defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;
- 4.7.4 Defeitos congênitos decorrentes pelo mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde; e
- 4.7.5 Natimortos.

4.8 Além dos riscos mencionados nos itens 4.1 e 4.3, estão também expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) os eventos ocorridos em consequência:

- 4.8.1 De tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- 4.8.2 De tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
- 4.8.3 De estresse, incluídos "burnout", e depressão;



- 4.8.4 De tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências, incluindo órteses e próteses;
- 4.8.5 De tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;
- 4.8.6 De complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos;
- 4.8.7 A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- 4.8.8 As doenças cuja evolução natural tenham sido agravadas por traumatismos;
- 4.8.9 Eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;
- 4.8.10 Invalidez que limite parcialmente a capacidade laborativa do segurado.
- 4.9 Os riscos excluídos previstos nos itens 4.1.5 e 4.1.10 não se aplicam aos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.
- 4.10 As Garantias Especiais possuem os mesmos riscos excluídos das Garantias Adicionais.

## **5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

5.1 As garantias com cobertura para morte e invalidez permanente previstas no Seguro aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5.2 As garantias de Diárias por Incapacidade por Acidente Pessoal (DIA), Perda de Renda por Desemprego (PRD) e de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) aplicam-se para eventos cobertos ocorridos somente em território nacional.

## **6. MODALIDADES DE CAPITAL SEGURADO**

6.1 Na contratação do Seguro, deverá ser escolhida uma das modalidades de Capital Segurado, apresentadas abaixo:

6.1.1 Uniforme: O Capital Segurado é igual para todos os Segurados.



6.1.2 Múltiplo Salarial: O Capital Segurado é resultante da multiplicação do salário mensal do Segurado pelo fator contratado.

6.1.3 Livre Escolha ou Variado: Consiste na escolha do Capital Segurado pelo Estipulante ou pelo próprio Segurado, no ato da assinatura da Proposta de Adesão e/ou Contratação.

## **7. CARÊNCIA**

7.1 O período de carência, quando previsto no Contrato, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou de sua recondução depois de suspenso.

7.2 Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses.

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

7.4 Aumentos de Capital Segurado e subscrições posteriores serão distintas e independentes umas das outras, podendo ser estipulado pela Seguradora, prazos de carência próprios.

## **8. FRANQUIA**

8.1 Podem ser aplicadas franquias às garantias DIA, PRD e DMHO.

8.1.1 Para a Garantia Adicional de Diária por Incapacidade por Acidente Pessoal (DIA), o valor da franquia (estabelecida em dias) estará definido no Contrato, respeitando ainda, uma franquia máxima de 15 dias para o recebimento da primeira diária.

8.1.2 A garantia de Perda de Renda por Desemprego (PRD) está sujeita a quantidade de dias de franquia estabelecida no Contrato. O período de franquia nunca será superior a 30 (trinta) dias.

8.1.3 Para a Garantia Adicional de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), o valor da franquia estará definido no Contrato, respeitando ainda, que o valor da franquia máxima não será superior ao valor do Capital Segurado da Cobertura, podendo ser considerada uma proporcionalidade da franquia em relação ao Capital Segurado Contratado.

## **9. INCLUSÃO DO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO**

9.1 A inclusão de possíveis Segurados principais é feita por adesão ao Seguro, conforme especificado no Contrato:

9.1.1 Adesão compulsória, quando o Seguro vier a abranger todo o grupo segurável; ou

9.1.2 Adesão facultativa, quando o Seguro vier a abranger somente os componentes do grupo segurável que desejarem ingressar na Apólice.



9.2 Poderão ser incluídos no Seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da Proposta de Adesão, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

9.2.1 A celebração ou alteração do Contrato somente poderá ser feita mediante Proposta assinada pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de Seguros.

9.3 A Declaração Pessoal de Saúde e Atividades é parte integrante da Proposta de Adesão, devendo ser preenchida e assinada pelo Proponente.

9.4 A critério da Seguradora, poderão ser aceitos, após análise da Proposta de Adesão, os componentes do grupo segurável que satisfizerem o estabelecido no Contrato assinado com o Estipulante.

9.5 Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, o Seguro considera-se aceito.

9.5.1 Não serão recepcionadas Propostas de Adesão com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

9.5.2 Caberá à Seguradora fornecer ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

9.6 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise da Proposta de Adesão.

9.7 O Segurado se obriga a declarar, na Proposta de Adesão, ou quando da solicitação de aumento no valor do Capital Segurado, a existência de quaisquer outros Seguros de Vida ou de Acidentes Pessoais.

9.8 A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar, uma única vez, que o Proponente apresente laudos médicos e/ou exames médico/laboratoriais e/ou se submeta à realização de exames médico/laboratoriais por profissionais por ela indicados. Nestes casos, o prazo previsto no item 9.5 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

9.9 A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada ao Proponente por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Adesão.

9.10 Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de Proposta de Adesão.

9.11 A cada Segurado incluído no Seguro será enviado um Certificado Individual.



9.12 O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de Seguros no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

## **10. COBERTURA SUPLEMENTAR PARA SEGURADOS DEPENDENTES**

10.1 Quando previsto no Contrato, poderão ser incluídos no Seguro, como Segurados dependentes, os cônjuges e/ou filhos do Segurado Principal.

10.2 Conforme especificado no Contrato, a inclusão de cônjuge e/ou filhos no Seguro poderá ser feita das seguintes formas:

10.2.1 Adesão Automática, quando abranger os cônjuges e/ou filhos de todos os Segurados principais; ou

10.2.2 Adesão Facultativa, quando abranger os cônjuges e/ou filhos dos Segurados principais que assim o autorizarem.

10.3 Equiparam-se a(ao) cônjuge: a(o) companheira(o) do(a) componente solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente ou que já se encontrava separado(a) de fato, desde que haja concordância com a anotação feita na Carteira Profissional do Segurado Principal, no Registro de Empregador ou com a declaração do Imposto de Renda, em conformidade ao disposto nas Leis Brasileiras sobre a matéria.

10.3.1 Para a inclusão dos cônjuges dos Segurados Principais no Seguro, quando realizada de forma facultativa, a Proposta de Adesão poderá ser preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.

10.3.2 Para os cônjuges poderão ser contratadas as seguintes coberturas:

a) Morte (MQC)

b) Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA)

c) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

d) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

e) Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)

f) Auxílio Funeral (AF)

g) Doença Graves (DG)

10.4 Equiparam-se aos filhos: os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.

10.4.1 Para os filhos poderão ser contratadas as seguintes coberturas:

a) Morte (MQC)



b) Auxílio Funeral (AF)

10.5 Quando ambos os cônjuges forem Segurados principais do mesmo grupo Segurado, os filhos poderão ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal.

10.6 O Capital Segurado do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato.

10.7 O Capital Segurado dos filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato.

10.7.1 Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, conforme item 11.

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

10.9 As condições para cessação da cobertura individual dos Segurados dependentes estão definidas no item 22.4 destas.

## **11. MENORES DE 14 ANOS**

11.1 Conforme Art. 8º da Circular SUSEP 302/05, as garantias que preveem o pagamento do Capital Segurado em caso de morte do Segurado menor de 14 (quatorze) anos de idade destinam-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que: incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

## **12. AGRAVAMENTO DO RISCO**

12.1 O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todas as alterações que agravem o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se for provado que silenciou de má-fé.

12.2 A mudança de profissão e/ou a mudança de residência para outro país, conforme o caso, a prática de esportes considerados de alto risco (artes marciais, asa delta, automobilismo, balonismo, boxe, esqui aquático e na neve, lutas livres, motociclismo, paraquedismo e voo livre, entre outros) e o





uso habitual de substâncias alcoólicas ou entorpecentes de qualquer tipo, assim como o hábito de fumar, são exemplos de agravamento no risco.

12.3 A Seguradora, em até quinze dias do recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao Segurado, por escrito, de sua decisão de cancelar o Seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

12.4 A falta de comunicação dessas alterações implicará na perda do direito à indenização, conforme previsto no Art. 769 do Código Civil Brasileiro, abaixo transcrito:

“Art. 769. O Segurado é obrigado a comunicar ao Segurador, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se provar que silenciou de má-fé.

1º O Segurador, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco sem culpa do Segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de resolver o contrato.

2º A resolução só será eficaz trinta dias após a notificação, devendo ser restituída pelo Segurador a diferença do prêmio.”

### **13. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO**

13.1 A vigência da Apólice, bem como a vigência das coberturas individuais, serão especificadas no Contrato.

13.1.1 O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão ou de outra data acordada entre a Seguradora e o Estipulante, sendo esta ratificada no Contrato e no Certificado Individual.

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

13.1.3 A vigência da Apólice será de 12 (doze) meses, salvo disposição contrária constante do Contrato.

13.1.4 O presente Seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos do Contrato.

13.2 A renovação da Apólice, que não implicar em ônus ou dever para os Segurados, poderá ser realizada por intermédio do Estipulante.

13.2.1 A renovação automática do Seguro poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.



13.3 Durante a vigência do Seguro e nas renovações, qualquer modificação ocorrida na Apólice, que implicar em ônus ou dever para os Segurados, dependerá de anuência de  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do grupo Segurado.

13.4 O desinteresse pela renovação da Apólice, ao fim do período de vigência, deverá ser comunicado pela Seguradora ou pelo Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência.

13.5 Será enviado novo Certificado Individual aos Segurados em cada uma das renovações do Seguro.

## **14. PAGAMENTO DO PRÊMIO**

14.1 O custeio do Seguro poderá ser:

14.1.1 Contributário, em que os Segurados pagam o prêmio total.

14.1.2 Parcialmente Contributário, em que os Segurados pagam um percentual dos prêmios e o Estipulante/Subestipulante paga um percentual dos prêmios.

a) A soma dos percentuais pagas pelos Segurados e pelo Estipulante/Subestipulante sempre deverá ser igual a 100% (cem por cento).

14.1.3 Não Contributário, em que os Segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante/Subestipulante.

14.2 Periodicidade do Pagamento: Os prêmios de Seguro poderão ser pagos pelo Segurado e/ou Estipulante/Subestipulante de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, e sempre antecipadamente ao período de cobertura.

14.3 Sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante/Subestipulante o recolhimento dos prêmios mensais, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, conforme as cláusulas estabelecidas no Contrato. O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante acarretará a suspensão das coberturas da Apólice para todo Grupo Segurado, conforme item 17.1.2.

14.4 É expressamente vedado ao Estipulante e à Seguradora o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do Seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.



14.5 Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do Segurado por escrito.

14.6 Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data de vencimento prevista no documento de cobrança.

14.7 Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir com feriado bancário ou final de semana, o pagamento poderá ser efetuado, no primeiro dia útil subsequente.

14.8 Servirá de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.

14.9 Os tributos serão pagos por quem a Lei determinar.

## **15. ATUALIZAÇÃO DO(S) CAPITAL(IS) SEGURADO(S) E PRÊMIO(S)**

15.1 O(s) Capital(is) Segurado(s) e o(s) prêmio(s) será(ão) atualizado(s) a cada aniversário do Seguro com base na variação acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

15.1.1 Nas apólices de Seguro onde os Capitais Segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que o Estipulante comunicar à Seguradora.

15.2 Na eventualidade de ser extinto o IPCA/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação acumulada Índice Geral de Preços ao Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

15.3 Caso o Segurado deseje aumentar espontaneamente o(s) seu(s) Capital(is) Segurado(s), a parcela do aumento estará sujeita a subscrição de uma nova Proposta de Adesão. Para tanto, a parcela do referido aumento será considerada como um Seguro Novo, cuja aprovação dependerá de prévia apreciação por parte da Seguradora.

## **16. RECÁLCULO DE TAXA**

16.1 A Seguradora efetuará avaliações anuais, na data estabelecida no Contrato de Seguro, da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a



taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da Apólice e nos prêmios efetivamente recebidos.

16.2 Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da Apólice, desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da mesma. A alteração na taxa será realizada por endosso à Apólice, observando o disposto no item 29.

16.3 Poderá também haver o recálculo das taxas do Seguro, em qualquer época de vigência, quando ocorrerem alterações substanciais nas hipóteses atuariais, devidamente justificadas tecnicamente perante a Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, observando-se o critério definido no item 29.

16.4 Quando a alteração na taxa pura for aplicada às apólices vigentes, será realizada por endosso à Apólice e esta modificação dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

## **17. SUSPENSÃO DO SEGURADO E DAS COBERTURAS**

17.1 O período de cobertura do risco durante a vigência do Seguro respeitará a periodicidade do pagamento do prêmio, prevista no item 14.2 - Periodicidade do Pagamento. Sendo assim, podem ocorrer as seguintes situações de suspensão das coberturas:

17.1.1 Suspensão do Segurado na Apólice: Quando não ocorrer o pagamento do prêmio até a data do seu vencimento, fica a cobertura do Seguro automaticamente suspensa, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança, ficando o Segurado ou o(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, sem direito de receber a indenização referente a qualquer garantia contratada, no caso de ocorrência de sinistro, conforme determina o Art. 763 do Código Civil, abaixo transcrito:

“Art. 763 – Não terá direito à indenização o Segurado que estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação”.

17.1.2 Suspensão das Coberturas da Apólice: Para os Seguros Contributários, nos casos em que a Seguradora delegar ao Estipulante/Subestipulante a tarefa de recolhimento dos prêmios devidos pelos Segurados, se não houver o respectivo repasse dos prêmios pelo Estipulante/Subestipulante à seguradora, dentro dos prazos contratualmente previstos, ocorrerá a suspensão das coberturas da Apólice para todo o Grupo Segurado, ficando, ainda, o Estipulante/Subestipulante sujeito às cominações legais.



## **18. REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS**

18.1 Ocorrendo qualquer uma das situações de suspensão de coberturas previstas no item 17, admitir-se-á, antes que se completem 90 (noventa) dias de suspensão a cada período de doze meses de vigência da Apólice, a reabilitação das coberturas do Seguro, mediante pagamento do prêmio referente à vigência a decorrer.

18.1.1 Nessas ocorrências, as coberturas do Seguro serão restabelecidas a partir das vinte e quatro horas da data do efetivo pagamento do prêmio, sendo que qualquer indenização eventualmente devida nesse período dependerá de prova de que, antes da ocorrência do sinistro, o prêmio referente à vigência a decorrer tenha sido pago, conforme item 14.6.

18.1.2 Após a reabilitação das coberturas, considerar-se-á como um seguro novo, devendo o Segurado cumprir todos os prazos de carência, sendo apenas dispensado o preenchimento de nova Proposta de Adesão e Declaração de Saúde.

## **19. BENEFICIÁRIOS**

19.1 É facultado ao Segurado indicar ou substituir o(s) Beneficiário(s).

19.2 O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) nominalmente pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida, assinada e com firma reconhecida por autenticidade.

19.2.1 Na falta da indicação de Beneficiário, ou se por qualquer outro motivo não prevalecer a que for feita, aplicar-se-á, para efeito de pagamento de indenização, o disposto nos Arts. 792 e 793 do Código Civil Brasileiro, abaixo transcritos:

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

**Parágrafo Único – Na falta de pessoas indicadas neste artigo, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.”**

**“Art. 793 - É válida a instituição do companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.”**

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

19.2.3 A alteração de Beneficiário será considerada a partir do momento em que a Seguradora receber a comunicação por escrito.



19.3 No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas e Perda de Renda por Desemprego (PRD), o próprio Segurado será o Beneficiário.

19.4 Para a garantia de Rescisão Contratual por Morte (RCM), a Pessoa Jurídica (Estipulante) só poderá ser beneficiária nesta garantia se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

19.5 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos Segurados, principal e dependente(s), serão pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

## **20. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO**

20.1 O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, caso haja por parte dos mesmos, seus prepostos ou seu(s) Beneficiário(s):

20.1.1 inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação do Seguro;

20.1.2 inobservância das obrigações convencionadas na Apólice; e/ou

20.1.3 fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências.

20.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, prevista no subitem 20.1.1, não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

20.2.1 na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

20.2.2 na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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



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

20.2.3 na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

20.3 Nulo será o Seguro para garantia de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.

20.4 O(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização quando o Segurado se suicidar nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do Seguro.

## **21. CANCELAMENTO DO SEGURO**

21.1 Transcorrido o prazo de suspensão das coberturas, conforme o item 17, sem que haja a reabilitação das coberturas (item 18), fica a Apólice automaticamente cancelada, não produzindo efeitos, direitos, e obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

21.1.1 Nos Seguros contributários, a Seguradora notificará o Segurado, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, advertindo-o quanto à necessidade da retomada do pagamento dos prêmios, sob pena de cancelamento do Seguro.

21.1.2 Nos Seguros não contributários, em que os prêmios são pagos pelo Estipulante, a Seguradora notificará o mesmo, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, advertindo-o quanto à necessidade da retomada do pagamento dos prêmios, sob pena de cancelamento do Seguro.

21.2 A Seguradora ou o Estipulante poderá solicitar o cancelamento da Apólice mediante manifestação formal em até 60 (sessenta) dias da data de aniversário da mesma.

## **22. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL**

22.1 A cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.

22.2 O prazo de vigência da cobertura individual pode ser abreviado em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não-renovação.

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

22.3.1 com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, podendo, neste caso, o Segurado optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo os custos do risco e de cobrança; ou



22.3.2 quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

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

22.4.1 se for cancelada a respectiva Cobertura Suplementar;

22.4.2 se o Segurado Principal deixar o grupo Segurado;

22.4.3 com o pagamento de indenização integral do Seguro do Segurado Principal;

22.4.4 no caso de cessação da condição de dependente; ou

22.4.5 a pedido do Segurado Principal.

22.5 Caso a indenização da garantia de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença - Antecipação (IFPD-A) corresponder a 100% (cem por cento) do Capital da garantia básica de Morte (MQC), seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a garantia para o caso de morte, bem como o presente Seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

### 23. DATA DO EVENTO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

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

Garantia	Evento	Capital Segurado Vigente na Data:
Morte (MQC)	Morte Natural	Do óbito
	Morte Acidental	Do acidente
Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA)	Morte Acidental	Do acidente
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)	Invalidez por Acidente	Do acidente
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	Invalidez por Doença	Da declaração médica
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPD- A)	Invalidez por Doença	Da declaração médica
Diárias por Incapacidade por Acidente Pessoal (DIA)	Incapacidade por Acidente	Da caracterização da incapacidade
Perda de Renda por Desemprego (PRD)	Demissão	Da demissão





Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)	Despesas por Acidente	Do acidente
Rescisão Contratual por Morte (RCM)	Morte Natural	Do óbito
	Morte Acidental	Do acidente
Auxílio Funeral (AF)	Morte Natural	Do óbito
	Morte Acidental	Do acidente
Auxílio Alimentação (AA)	Morte Natural	Do óbito
	Morte Acidental	Do acidente
	Invalidez por Acidente	Do acidente
	Invalidez por Doença	Da declaração médica
Auxílio Financeiro (Afin)	Morte Natural	Do óbito
	Morte Acidental	Do acidente
	Invalidez por Acidente	Do acidente
	Invalidez por Doença	Da declaração médica
Auxílio Emergencial (AE)	Morte Natural	Do óbito
	Morte Acidental	Do acidente
	Invalidez por Acidente	Do acidente
	Invalidez por Doença	Da declaração médica
Auxílio Educação (AEd)	Morte Natural	Do óbito
	Morte Acidental	Do acidente
	Invalidez por Acidente	Do acidente
	Invalidez por Doença	Da declaração médica
Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD)	Invalidez por Doença	Da declaração médica



Doença Congênita de Filhos (DCF)	Doença Congênita do Filho	Do diagnóstico médico da doença congênita, desde que efetuado entre a data de nascimento até o 6º (sexto) mês de vida.
Doenças Graves (DG)	Doença Grave	Do diagnóstico médico da doença grave

23.2 A reintegração do Capital Segurado relativo à garantia adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), somente nos casos de Indenização Parcial, e de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

## 24. DOCUMENTOS BÁSICOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

24.1 Os documentos básicos, necessários para a Regulação de Sinistros, a serem encaminhados à Seguradora, devem ser originais ou autenticados em cartório, quando for o caso.

24.2 Segue abaixo a relação dos documentos básicos para a Regulação de Sinistros, conforme a cobertura sinistrada:

Garantia	Evento	Documentos Básicos
Morte (MQC)	Morte Natural	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1o), 24.2.1p)
	Morte Acidental	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1f), 24.2.1g), 24.2.1p)
Morte Acidental (MA)	Morte Acidental	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1f), 24.2.1g), 24.2.1p)
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)	Invalidez por Acidente	24.2.1a), 24.2.1c), 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1g), 24.2.1h), 24.2.1i), 24.2.1j), 24.2.1p), 24.2.1q)
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	Invalidez por Doença	24.2.1c), 24.2.1i), 24.2.1j), 24.2.1k), 24.2.1l), 24.2.1m), 24.2.1n)



		24.2.1p), 24.2.1q)
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPD- A)	Invalidez por Doença	24.2.1c), 24.2.1i),24.2.1j), 24.2.1k), 24.2.1l), 24.2.1m), 24.2.1n) , 24.2.1p), 24.2.1q)
Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD)	Invalidez por Doença	24.2.1c), 24.2.1i),24.2.1j), 24.2.1k), 24.2.1m), 24.2.1n) , 24.2.1p), 24.2.1q). 24.2.1x), 24.2.1aa),

Garantia	Evento	Documentos Básicos
Diárias por Incapacidade por Acidente Pessoal (DIA)	Incapacidade por Acidente	24.2.1a), 24.2.1c), 24.2.1j), 24.2.1p), 24.2.1s), 24.2.1t), 24.2.1u)
Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO)	Despesas por Acidente	24.2.1a), 24.2.1c), 24.2.1j), 24.2.1p), 24.2.1r), 24.2.1s)
Rescisão Contratual por Morte (RCM)	Morte Natural	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1o), 24.2.1p)
	Morte Acidental	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1f), 24.2.1g), 24.2.1p)
Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA)	Morte Acidental	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1f), 24.2.1g), 24.2.1p)
Doença Congênita de Filhos (DCF)	Diagnóstico da Doença Congênita	24.2.1c), 24.2.1j), 24.2.1p), 24.2.1ab), 24.2.1ac), 24.2.1ad), 24.2.1ae), 24.2.1af), 24.5.4
Doenças Graves (DG)	Doença Grave	24.2.1c), 24.2.1i),24.2.1j), 24.2.1p), 24.2.1q), 24.2.1ag), 24.2.1ah), 24.2.1ai)



Auxílio Funeral (AF)	Morte Natural	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1o), 24.2.1p)
	Morte Acidental	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1f), 24.2.1g), 24.2.1p)
Auxílio Alimentação (AA)	Morte Natural	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1o), 24.2.1p)
	Morte Acidental	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1f), 24.2.1g), 24.2.1p)
	Invalidez por Acidente	24.2.1a), 24.2.1c), 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1g), 24.2.1h), 24.2.1i), 24.2.1j), 24.2.1p), 24.2.1q)
Auxílio Alimentação (AA)	Invalidez por Doença	24.2.1c), 24.2.1i), 24.2.1j), 24.2.1k), 24.2.1l), 24.2.1m), 24.2.1n), 24.2.1p), 24.2.1q)
Auxílio Financeiro (Afin)	Morte Natural	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1o), 24.2.1p)
	Morte Acidental	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1f), 24.2.1g), 24.2.1p)
	Invalidez por Acidente	24.2.1a), 24.2.1c), 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1g), 24.2.1h), 24.2.1i), 24.2.1j), 24.2.1p), 24.2.1q)
	Invalidez por Doença	24.2.1c), 24.2.1i), 24.2.1j), 24.2.1k), 24.2.1l), 24.2.1m), 24.2.1n), 24.2.1p), 24.2.1q)
Auxílio Emergencial (AE)	Morte Natural	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1o), 24.2.1p)
	Morte Acidental	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1f), 24.2.1g), 24.2.1p)



	Invalidez por Acidente	24.2.1a), 24.2.1c), 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1g), 24.2.1h), 24.2.1i), 24.2.1j), 24.2.1p), 24.2.1q)
	Invalidez por Doença	24.2.1c), 24.2.1i), 24.2.1j), 24.2.1k), 24.2.1l), 24.2.1m), 24.2.1n), 24.2.1p), 24.2.1q)
Auxílio Educação (AEEd)	Morte Natural	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1o), 24.2.1p), 24.2.1v)
	Morte Acidental	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1f), 24.2.1g), 24.2.1p), 24.2.1v)
	Invalidez por Acidente	24.2.1a), 24.2.1c), 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1g), 24.2.1h), 24.2.1i), 24.2.1j), 24.2.1p), 24.2.1q), 24.2.1v)
Auxílio Educação (AEEd)	Invalidez por Doença	24.2.1c), 24.2.1i), 24.2.1j), 24.2.1k), 24.2.1l), 24.2.1m), 24.2.1n), 24.2.1p), 24.2.1q), 24.2.1v)

24.2.1 Legenda dos Documentos Básicos para Regulação de Sinistros:

- a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário e pelo médico assistente.
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado.
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado.
- d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado.
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- f) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, quando realizado.
- g) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.
- h) Original do Atestado de Alta Médica definitiva, informando as sequelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membro lesados, inclusive o percentual.



- i) Cópia do Resultado de todos os exames realizados, diagnóstico e de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme.
- j) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.
- k) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico assistente, informando a data de início da invalidez conforme diagnosticada na Declaração Médica, e descrição do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.
- l) Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico assistente;
- m) Declaração Médica, devidamente preenchida e assinada pelo Segurado e pelo médico assistente, contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item 3.3.5c) e 3.3.5d).
- n) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item 3.3.5c) e 3.3.5d).
- o) Prova de Morte (análise médica).
- p) Comprovante de pagamento do último prêmio antes da data de sinistro.
- q) Cópia do Boletim de Atendimento Hospitalar e/ou Prontuário Médico Hospitalar na data do Acidente.
- r) Originais de todos os comprovantes de despesas médicas, odontológicas e hospitalares, tais como: receituários, recibos e notas fiscais.
- s) Originais dos resultados de todos os exames e exames complementares realizados pelo Segurado.
- t) Em caso de intervenção cirúrgica, cópia do prontuário médico hospitalar completo.
- u) Cópia da ficha ou prontuário médico hospitalar de atendimento de urgência, se for o caso.
- v) Cópia autenticada da Carteira de Trabalho (da página onde consta a fotografia do Segurado, seus dados pessoais e a página do último registro da empresa onde trabalhou).
- w) Cópia da Rescisão do Contrato de Trabalho.
- x) Comprovante de vínculo empregatício do Segurado, (no mês do evento) tais como: Relação de FGTS completa onde conste o nome do Segurado com o holerite ou ficha de rescisão contratual (Cópia Simples);



- y) Cópia das Prestações relativas ao período de desemprego (seguro desemprego).
- z) Cópia do Comprovante de que o Segurado, ou seu beneficiário quando for o caso, está regularmente matriculado em instituição de ensino reconhecida pelo MEC.
  - aa) Instrumento de Avaliação de Invalidez Laborativa (IAIL), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico assistente;
  - ab) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento dos filhos com doenças congênitas.
  - ac) Declaração médica informando qual a doença congênita apresentada pela criança, contendo informações mínimas que permita avaliar o grau de manifestação da doença, tais como: segmentos, órgãos e funções afetadas, tratamento proposto e prognóstico.
  - ac) Documentos médicos e exames que tenha embasado o diagnóstico da doença.
  - ae) Relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto.
  - af) Cópia do teste do pezinho.
  - ag) Nos casos de Neoplasia Maligna (CÂNCER): laudo(s) médico(s) e exames complementares que confirmem o diagnóstico da doença;
  - ah) Nos casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC): laudo(s) médico(s) e exames complementares que confirmem o diagnóstico da doença, e, 90 (NOVENTA) DIAS contados a partir da data do diagnóstico do AVC, laudo ou atestado médico que relate as sequelas neurológicas, se existentes..
  - ai) Nos casos de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (PONTE DE SAFENA) e Cirurgia de Válvulas Cardíacas e Aorta: folha de descrição cirúrgica e folha de sala de cirurgia que comprovem a intervenção cirúrgica.

#### 24.3 Documentos Complementares para Auxílio Funeral:

##### 24.3.1 Reembolso de Despesas com Funeral:

- a) Originais dos comprovantes das despesas com funeral.
- b) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com funeral.
  - b.1) Se o custeador for Pessoa Jurídica encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidades e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social, em caso de termo de Cessão à empresa.

##### 24.3.2 Reembolso de Despesas com Compra de Jazigo:

- a) Cópia do Contrato de compra do jazigo.



- b) Originais dos comprovantes das despesas com aquisição do jazigo.
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do responsável pela compra do jazigo.

#### 24.3.3 Reembolso de Despesas Repatriamento do Corpo:

- a) Cópia autenticada do documento oficial comprobatório do repatriamento do corpo.
- b) Originais dos comprovantes das despesas com o repatriamento do corpo.
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD) do custeador das despesas com funeral.

c.1) Se o custeador for Pessoa Jurídica encaminhar: Cartão CNPJ da Empresa; Cópia autenticada do Estatuto ou Contrato Social e respectivas alterações, em caso de termo de Cessão à empresa; Cópia das Carteiras de Identidades e CPF dos administradores constantes no referido Estatuto ou Contrato Social, em caso de termo de Cessão à empresa.

24.4 Menores de 14 anos: Para menores de 14 anos, somente está previsto o reembolso de despesas com funeral (item 24.3.1) não estando previsto o reembolso de despesas com compra de jazigo ou repatriamento do corpo (itens 24.3.2 e 24.3.3, respectivamente).

24.5 Documentos do(s) Beneficiário(s): Os documentos do(s) Beneficiário(s) estão relacionados conforme seu parentesco/afinidade com o Segurado.

#### 24.5.1 Próprio Segurado: Carteira de Identidade e CPF.

a) Nos casos em que houver a nomeação de um Curador para o Segurado, deverá ser enviado também a cópia da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e autorização de pagamento em nome do curador nomeado.

24.5.2 Cônjuge: Cópia autenticada da Certidão de Casamento com data atualizada após o óbito com averbações, comprovante de residência, telefone (incluindo DDD), Carteira de Identidade e CPF.

24.5.3 Companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, documento que comprove a união estável na data do evento, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD).

a) Caso o segurado (a) tenha companheira (o) reconhecida (o) no órgão previdenciário, deverá ser enviado o respectivo documento que comprove tal vínculo marital e Escritura Pública de Declaração informando quanto tempo o companheiro (a) conviveu maritalmente com o(a) segurado(a) e se essa união perdurou até o falecimento do mesmo.

24.5.4 Filhos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento (se menor de idade), bem como Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD).





24.5.5 Pais e Outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD).

24.5.6 Estipulante: Em caso de pagamento para o Estipulante, deverá ser apresentado termo de cessão de direitos elaborado pelo responsável financeiro a favor da Instituição.

24.6 Declaração de Únicos Herdeiros: Caso o Segurado não tenha indicado seus beneficiários, em conjunto com a documentação de para regulação dos sinistros deverá ser encaminhada a declaração de únicos herdeiros e a documentação dos respectivos, conforme lista de documentos de acordo com o parentesco/afinidade do item 24.4.

24.7 Importante: A documentação informada acima é básica, podendo ser solicitados outros complementares.

## **25. COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

25.1 Em caso de sinistro, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados no item 24.2.

25.2 O prazo para pagamento da indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega, pelo Segurado ou Beneficiário, da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida no item 24.2 destas Condições Gerais. Em caso de dúvida fundada, a Seguradora poderá solicitar nova documentação. Neste caso, a contagem do prazo para o pagamento da indenização será suspensa e continuará a correr a partir da entrega de toda a documentação solicitada.

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

25.2.2 Quando não ocorrer o pagamento do prêmio até a data do seu vencimento, o Segurado ou o(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, estará(ão) sem direito de receber a indenização referente a qualquer garantia contratada, no caso de ocorrência de sinistro, conforme determina o Art. 763 do Código Civil, abaixo transcrito:

“Art. 763 – Não terá direito à indenização o Segurado que estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação”.

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



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

25.5 Divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza ou extensão das lesões ou doenças, devem ser submetidas a uma junta médica constituída de 3 (três) membros, sendo: um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. A constituição da junta médica será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação.

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

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

25.6 Valor Indenizado: O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado, ou referente a um percentual em caso de indenização parcial, vigente na data do evento.

25.6.1 O pagamento será feito através de cheque nominativo ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou praça indicada pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

a) O pagamento poderá, ainda, ser efetuado através de crédito em conta corrente ou poupança do Segurado ou Beneficiário(s), conforme o caso, mediante solicitação escrita com os dados bancários necessários para o efetivo pagamento.

25.6.2 Caso o pagamento não seja efetuado no prazo previsto no item 25.2, deverá ser observado o disposto no item 32.1.

25.7 Periodicidade de Pagamento das Indenizações: As garantias deste Seguro serão pagas conforme a periodicidade definida abaixo.

25.7.1 As indenizações decorrente da garantia de Morte (MQC), bem como das garantias adicionais de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Indenização Especial por Acidente (IEA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

(IFPD), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPD-A), Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), Rescisão Contratual por Morte (RCM), Doença Congênita de Filhos (DCF), Doenças Graves (DG) e as garantias especiais (AF, AA, AFin, AE e AEd) serão pagas sob a forma de pagamento único.



25.7.2 Para a garantia de Diárias por Incapacidade por Acidente Pessoal (DIA), o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável de 360 (trezentos e sessenta) dias.

a) Deverá ser encaminhado um comprovante atualizado, com data máxima de 5 (cinco) dias anteriores da apresentação à Seguradora, a cada solicitação de indenização parcial, comprovando que o Segurado permanece na condição de incapaz.

25.7.3 A garantia de Perda de Renda por Desemprego (PRD) será paga mensalmente, durante o período indenizável contratado ou até o Segurado iniciar em novo emprego, o que ocorrer primeiro.

a) Deverá ser encaminhado um comprovante atualizado, com data máxima de 5 (cinco) dias anteriores da apresentação à Seguradora, a cada solicitação de indenização mensal, comprovando que o Segurado permanece na condição de desempregado.

25.7.4 A garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) será paga sob a forma de pagamento único, como reembolso das despesas do evento coberto.

25.8 Acúmulo de Indenizações:

25.8.1 As garantias de Morte (MQC) e de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) se acumulam.

25.8.2 As indenizações por morte (Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Morte (MQC)) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) ou Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Doenças Graves (DG) não se acumulam.

a) Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do acidente, a Seguradora pagará as indenizações devidas pelo caso de Morte, deduzidas a importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

25.9 Menores de Idade: A indenização por Invalidez Permanente de menores de idade será paga conforme segue:

25.9.1 Pessoas com idade entre quatorze e dezesseis anos: a indenização será paga em nome do menor Segurado, mediante representação de seus pais ou tutores; e,

25.9.2 Pessoas com idade entre dezesseis e dezoito anos, exclusive: a indenização será paga ao menor Segurado, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiver o pátrio poder) ou, finalmente, por seu tutor.



## 26. EXCEDENTE TÉCNICO

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

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

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

a.a) prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos; e

a.b) estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

b) São despesas mínimas para fins de apuração dos resultados técnicos:

b.a) comissões de corretagem pagas durante o período;

b.b) comissões de administração ("pró-labore") pagas durante o período;

b.c) comissões de agenciamento pagas durante o período;

b.d) valor total dos sinistros em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;

b.e) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e

b.f) despesas efetivas de administração, estabelecidas na planilha de cálculo que deu origem à taxa média apresentada no grupo.

c) As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

c.a) o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;

c.b) o aviso à Seguradora, para sinistros;

c.c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e

c.d) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

26.2 A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no Contrato até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos Segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no Contrato, observando o disposto no item 26.4.

26.3 A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no Contrato, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.



26.4 Nos Seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo Segurado, na forma estabelecida no Contrato.

26.5 Para a verificação de pagamento de Excedente Técnico é necessário que a Apólice apresente uma média mensal mínima de 500 (quinhentos) componentes principais.

26.6 Nos Seguros em que houver cláusula de excedente técnico será incluída no Certificado Individual a informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

## **27. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE**

27.1 Constituem obrigações do Estipulante/Subestipulante:

27.1.1 fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

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

27.1.3 fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato;

27.1.4 discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

27.1.5 repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

27.1.6 repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

27.1.7 comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

27.1.8 dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

27.1.9 fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;  
e

27.1.10 informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.



## **28. REGIME FINANCEIRO**

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

## **29. ALTERAÇÕES CONTRATUAIS**

29.1 Durante a vigência do Seguro, qualquer modificação ocorrida na Apólice, que implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os Segurados, dependerá de anuência prévia e expressa de três quartos do grupo Segurado.

## **30. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO**

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

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

## **31. APLICABILIDADE DAS CONDIÇÕES GERAIS**

31.1 A responsabilidade da Seguradora está restrita exclusivamente aos compromissos implícitos nas diversas cláusulas que regem a presente Apólice, não se responsabilizando, portanto, por quaisquer outras promessas que não constem nas cláusulas impressas, devidamente assinadas pela diretoria ou seu representante legal.

## **32. MORA**

32.1 A mora da Seguradora constituir-se-á, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável, a partir do término do prazo previsto no item 25.2 para a regulação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, a partir do dia em que se tornar exigível.

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

32.2 Em caso de mora, a taxa de juros aplicável corresponderá a 12% a.a. (doze por cento ao ano), vedada a aplicação de taxa superior, sendo efetuada, ainda, a atualização do Capital Segurado pela variação positiva do 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.

32.2.1 Na eventualidade de ser extinto o IPCA/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva do Índice Geral de Preços ao Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV), 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.

### 33. FORO

33.1 O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado.

### 34. DISPOSIÇÕES FINAIS

34.1 “A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.”

34.2 “O registro deste Plano na SUSEP ao implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.”

34.3 “O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de Seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF”.

## TABELA PARA CÁLCULO – INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

As percentagens especificadas serão aplicadas sobre o Capital Segurado da garantia de Invalidez Permanente vigente na data do acidente, conforme item 23, não prevalecendo qualquer aumento efetuado posteriormente.

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre CS	Discriminação	% sobre CS
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100	Perda total do uso de ambas as mãos	100



	Perda total do uso de um membro superior e um inferior	100	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100	Alienação mental total incurável	100
Parcial	Perda total da visão de um olho	30	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total do uso de um dos membros superiores	70	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Ancilose total de um dos ombros	25	Ancilose total de um dos cotovelos	25
	Ancilose total de um dos punhos	20	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
Parcial Membros superiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20	Fratura não consolidada de um pé	20
	Ancilose total de um dos joelhos	20	Ancilose total de um dos tornozelos	20
	Ancilose total de um quadril	20	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Encurtamento de um dos membros inferiores:		Perda total do uso de uma falange do 1º Dedo, indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	De 5 (cinco) centímetros ou mais	15		
	De 4 (quatro) centímetros ou mais	10		
	De 3 (três) centímetros	06		
	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização			





**Importante:** Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução, e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

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

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a cem por cento.

Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a da indenização prevista para sua perda total.

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

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

A Invalidez Permanente deve ser comprovada com a apresentação de declaração médica à Seguradora. Essa declaração é presumida idônea quando emitida pela instituição de previdência oficial para a qual o Segurado contribua, ou por perícia médica da Seguradora.

Havendo divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade do Segurado, a Seguradora proporá, por meio de correspondência escrita, em até quinze dias da data da contestação, a constituição de junta médica. Essa será constituída por três membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, quinze dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado. 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.

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