



**CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO DE VIDA GLOBAL**

PROCESSO SUSEP N ° 15414.628508/2023-87

PROCESSO SUSEP N ° 15414.628508/2023-87

1.	Objetivo do Seguro.....	2
2.	Definições.....	2
3.	Coberturas do Seguro.....	6
4.	Riscos Excluídos.....	13
5.	Âmbito Geográfico da Cobertura.....	16
6.	Carência.....	16
7.	Franquia.....	17
8.	Contratação e Aceitação do Seguro.....	17
9.	Inclusão no Seguro e Aceitação dos Segurados.....	18
10.	Capital Segurado Individual.....	18
11.	Cobertura Suplementar para Segurados Dependentes.....	20
12.	Vigência, Renovação e Manutenção do Seguro.....	20
13.	Pagamento do Prêmio.....	21
14.	Atualização dos Capitais(s) Segurado(s), Diária(s) e Prêmio(s).....	22
15.	Recálculo da(s) Taxa(s) do Seguro.....	22
16.	Data do Evento e Reintegração do Capital Segurado.....	23
17.	Beneficiário(s).....	24
18.	Comunicação e Liquidação de Sinistro.....	25
19.	Opção pela Prestação dos Serviços de Assistência Funeral.....	32
20.	Perda do Direito à Indenização.....	33
21.	Cancelamento do Seguro.....	34
22.	Cessação da Cobertura Individual.....	35
23.	Excedente Técnico.....	36
24.	Obrigações do Estipulante.....	37
25.	Regime Financeiro.....	38
26.	Material de Divulgação.....	38
27.	Mora.....	38
28.	Foro.....	39
29.	Tabela para Cálculo Indenização em Caso de Invalidez Perm. por Acid.....	40
30.	Tabelas AIF.....	43

1. Objetivo do Seguro

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

2. Definições

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

2.1.1 Incluem-se nesse conceito:

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

2.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) As doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuo 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 íntegra/mente na caracterização de invalidez por acidente pessoal.

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

2.3 **Apólice:** é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a celebração do Contrato de Seguro Coletivo.

2.4 **Beneficiário:** é a pessoa designada pelo Segurado para receber a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado. O Segurado poderá designar, caso não exista impedimento legal, mais de um Beneficiário. No caso do reembolso da cobertura de Auxílio Funeral (AUX) o beneficiário será aquele que comprovar o pagamento das despesas com o funeral.

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

2.6 **Capital Segurado Individual:** é o resultado da divisão do Capital Segurado Global em partes iguais entre todos os segurados, a ser utilizado como base para o pagamento de indenização de acordo com a cobertura contratada e vigente na data do evento. O Capital Segurado Individual/ pode variar em função de inclusão e exclusão de componentes do grupo segurado.

2.7 **Carência:** é o período contínuo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito à integralidade da(s) cobertura(s) contratual(is), sendo inexistente em caso de acidente pessoal.

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

2.9 **Condições Contratuais:** é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e do Contrato.

2.10 **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.

2.11 **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.

2.12 **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.

2.13 **Diária Segurada:** é a importância a ser paga ao Segurado em função do valor estabelecido para as coberturas adicionais de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIHA), Diárias por Internação Hospitalar (DIH) e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), vigente na data do evento.

2.14 **Doença:** é o evento decorrente da perturbação da condição de saúde do Segurado, caracterizada por intermédio de um processo mórbido que torne necessária a sua internação hospitalar ou tratamento médico, não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.

2.15 **Doenças, Lesões e/ ou Deficiências Preexistentes:** são as doenças, lesões e/ ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas 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 Declaração Pessoal de Saúde e Atividades

2.16 **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.

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

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

2.19 **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de sinistro à Seguradora.

2.20 **Franquia:** é o período que não será considerado para o cálculo da indenização devida por uma determinada cobertura do Seguro.

2.21 **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/.

2.22 **Grupo Segurável:** é o conjunto de pessoas que mantém vínculo com o Estipulante.

2.23 **Hospital/Clínica:** é o estabelecimento legalmente autorizado para funcionar como tal e que dispõe de um corpo clínico permanente composto por, no mínimo, 1 (um) médico e 1 (um) enfermeiro diplomado, possuindo serviço de enfermagem, podendo um paciente permanecer internado por 24 (vinte e quatro) horas do dia.

2.24 **Indenização:** é o valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), correspondente ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado.

2.25 **Internação Hospitalar:** para fins deste Seguro, caracteriza-se como o período mínimo de 12 (doze) horas, comprovada a cobrança pelo hospital/ clínica de uma Diária Hospitalar. Em casos de hospitais gratuitos, deverá ser apresentado a documentação que comprove a internação hospitalar.

2.26 **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.

2.27 **Período Indenizável:** é o período máximo, definido nas Condições Contratuais, durante o qual, em caso de sinistro, o Segurado fará jus ao recebimento da renda mensal temporária contratada para as coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), Diárias de Internação Hospitalar (DIH) e Diárias de Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIHA). Os períodos de afastamento indenizados não poderão superar o limite do período indenizável.

2.28 **Prêmio:** é o valor que o Segurado Principal e/ ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) coberturas (s) contratada(s).

2.29 **Proponente Estipulante:** é a pessoa natural ou jurídica que, mediante preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação, propõe a contratação do Seguro e, que passará à condição de Estipulante da Apólice.

2.30 **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.

2.31 **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.

2.32 **Reintegração do Capital Segurado:** é a recomposição do Capital Segurado após a liquidação do sinistro.

2.33 **Renda Mensal Temporária:** é o valor contratado que, limitado ao comprovado rendimento mensal auferido pelo Segurado na data do evento, será pago ao mesmo em caso de sinistro.

2.34 **Riscos Excluídos:** são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.

2.35 **Segurado:** é o Proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.

2.36 **Seguradora:** é a Arca Seguradora, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas Condições Gerais.

2.37 **Serviço de Assistência Funeral:** são os procedimentos necessários à realização do funeral e traslado do corpo do Segurado, dentre outros, obedecido os limites e as condições estabelecidas nas Condições Contratuais, no caso de opção pela prestação de serviço da cobertura de Auxílio Funeral (AUX).

- 2.38 Sinistro: é a ocorrência de um evento coberto previsto contratualmente.
- 2.39 Vigência do Seguro: é o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.
- 2.40 Vigência da Cobertura Individual/: é o período em que o Segurado está coberto pela(s) cobertura(s) deste Seguro.

3. Coberturas Do Seguro

3.1 As coberturas do Seguro dividem-se em básicas e adicionais, sendo que o Seguro não pode ser contratado sem pelo menos uma das coberturas básicas.

3.2 Cobertura Básica:

3.2.1 MORTE QUALQUER CAUSA (MQC): é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em decorrência do evento morte do Segurado, ocorrido durante a vigência do Seguro.

a) Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina -se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que se incluem entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

3.3 Coberturas Adicionais: A contratação de quaisquer coberturas a seguir está condicionada a contratação da cobertura básica.

3.3.1 INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE (IEA): é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do Segurado ocasionada pelo evento acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do Seguro.

a) Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina -se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que se incluem entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

3.3.2 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA): é a cobertura que garante o 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 por Acidente, anexa às presentes Condições Gerais.

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

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

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

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

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

f.1) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que trata esta cobertura.

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

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

i) A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) será cancelada quando houver o pagamento por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD). Assim como a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) será cancelada em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente.

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

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

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

c) Os eventos / serviços abrangidos pela cobertura de Auxílio Funeral (AUX) ou Serviço de Assistência, conforme opção do Beneficiário, estão dispostos abaixo. Os eventos/serviços não elencados abaixo não estarão cobertos por esta cobertura.

c.1) Atendimento Social: Na ocorrência do óbito do Segurado, após a liberação do corpo pelos órgãos competentes e de acordo com os eventos cobertos, a família ou

responsável deverá entrar em contato com a Prestadora, que após conferir as informações, comunicará a funerária credenciada ou autorizada no município, para que seja providenciado tudo que for necessário para a execução do funeral. O acompanhamento de um membro da família será solicitado, caso a legislação local exija.

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

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

I. Urna;

II. Higienização básica e ornamentação do corpo (com flores da estação);

III. Coroa de flores da estação;

IV. Véu;

V. Paramentos e velas (cavaletes, castiçais e Cristo (conforme região) disponibilizados quando necessário e permitido pela família);

VI. Carro fúnebre para remoção dentro do município;

VII. Registro em cartório, quando autorizado pela legislação local;

VIII. Livro de presença (conforme disponibilidade local);

IX. Locação de sala para velório em capelas municipais ou particulares;

X. Taxas de sepultamento em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente ou cremação;

XI. Locação de Jazigo (por três anos) em cemitério municipal ou em outro cemitério com valor equivalente, quando necessário e disponível na cidade.

c.4) Em caso de opção pela prestação de serviços, todos os itens acima serão disponibilizados conforme infraestrutura local. Não caberá à Seguradora a responsabilidade pela falta de itens que não estejam disponíveis ou sejam comercializados em determinadas praças.

c.5) Cremação: Traslado do corpo da cidade onde ocorrer o óbito para a cidade mais próxima que exista o serviço de cremação em um raio máximo de 100km (cem quilômetros), e o posterior retorno das cinzas aos familiares.

c.6) Sepultamento: Sepultamento do corpo em jazigo da família, em cemitério municipal ou outro cemitério, na cidade indicada por esta.

c. 7) Traslado: No caso de falecimento do Segurado fora do seu município de residência, em território nacional, traslado da cidade onde ocorrer o óbito até o local de domicílio do Segurado ou local de sepultamento, conforme designado pela família.

c.8) Transmissão de Mensagens Urgentes: Na ocorrência do óbito, de acordo com os eventos previstos, transmissão à família do Segurado ou pessoas indicadas por esta, mensagens urgentes sobre o acontecimento. d) Em caso de opção pela prestação de serviço de Assistência Funeral, ele será prestado de acordo com o limite de Capital Segurado contratado. Na hipótese dos valores excederem o limite de Capital Segurado, a diferença será de responsabilidade dos familiares do Segurado.

3.3.4 INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD): é a cobertura que garante a antecipação do pagamento de um percentual da cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) em caso de invalidez funcional permanente total por doença do Segurado, em consequência de doença que cause a perda de sua Existência Independente.

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

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

c) Em caso de ocorrência de sinistro e pagamento de indenização por invalidez por doença, se o percentual previsto para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) for inferior a 100% da cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) o Seguro continuará vigorando somente com a cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) com o Capital Segurado deduzido do valor indenizado para Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) e, caso contratada, com a cobertura de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA).

d) A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) será cancelada quando houver o pagamento por Invalidez Permanente Total por Acidente. Assim como a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) será cancelada em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).

e) A partir do momento em que a cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) for extinta, o prêmio do Seguro será recalculado em função do valor do Capital Segurado das coberturas remanescentes. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

f) A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. O Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 18.4.8.

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

g.1) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";

g.2) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

g.3) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

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

- g.5) Doenças manifestas no sistema nervoso com 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;
- g.6) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g.7) Deficiência visual decorrente de cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- g.8) Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- g.9) Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
- g.10) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
- g.11) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- g.12) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; e
- g.13) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- h) Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF, a ser fornecido pela Seguradora quando do aviso do sinistro, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- i) A invalidez funcional permanente deve ser comprovada através de declaração médica.
 - i.1) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.
 - i.2) A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.
- j) A Garantia Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) não é extensiva aos Segurados Dependentes.

3.3.5 DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR (DIH): é a cobertura que garante o pagamento de uma Diária Segurada ao Segurado, de acordo com o valor contratado e constante da Proposta de Contratação, para cada dia de internação hospitalar do mesmo, em consequência de doença ou de acidente pessoal. Esta cobertura está limitada ao pagamento de, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitados os prazos de carência e de franquia previstos nos itens 6 e 7.

3.3.6 DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL (DIHA):

é a cobertura que garante o pagamento de uma Diária Segurada ao próprio Segurado, de acordo com o valor contratado e constante nas Condições Contratuais, para cada dia de internação hospitalar desse. Estarão cobertas somente as internações hospitalares decorrentes de acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência do Seguro, desde que iniciadas em até 30 (trinta) dias da data do acidente.

a) A quantidade de diárias contratadas será definida nas Condições Contratuais e é limitada a, no máximo, 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento e ano de vigência do Seguro, respeitado o prazo de franquia de 1 (um) dia, conforme estabelecido item 7.1.

a.1) A contagem do período indenizável se inicia após o término do período de franquia.

b) Caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s), observando o disposto na cláusula 17.

3.3.7 DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DM HO): é a cobertura que garante o reembolso das despesas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente ou enfermidade súbita e aguda. A Seguradora indenizará por evento as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares, incluídas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, até o valor contratado para a referida cobertura.

a) Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

a.1) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes; e

a.2) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

b) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

3.3.8. DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO): é a cobertura que garante o reembolso das despesas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do evento por acidente.

A Seguradora indenizará por evento as despesas médicas e dentárias, bem como diárias hospitalares, incluídas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, até o valor contratado para a referida cobertura.

a) Não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

a.1) Estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes; e

a.2) Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

b) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

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

a) As Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) são devidas a partir do primeiro dia após o término do período de franquia, observando o disposto no item 7.2 e observado o limite contratual máximo.

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

3.3.10 RESCISÃO CONTRATUAL POR MORTE (RCM): é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao Beneficiário, referente às despesas efetuadas com a rescisão do contrato de trabalho desde que devidamente comprovadas, em decorrência do evento morte do Segurado, ocorrido durante a vigência do Seguro.

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

3.3.11 RESCISÃO CONTRATUAL POR MORTE ACIDENTAL (RCMA): é a cobertura que garante o pagamento do Capital Segurado ao Beneficiário, referente às despesas efetuadas com a rescisão do contrato de trabalho desde que devidamente comprovadas, em decorrência do evento morte por acidente pessoal, ocorrido durante a vigência do Seguro.

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

3.3.12 DESPESAS DIVERSAS (DD): Esta cobertura, garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de morte do Segurado, seja decorrente de causa natural ou acidental, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

- a) A presente cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte Qualquer Causa (MQC) e a ela se vincula, de forma que somente será devida a Indenização se caracterizado o evento relativo à cobertura de Morte (MQC).
- b) A cobertura de Despesas Diversas (DO) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Despesas Diversas por Acidente (ODA).

3.3.13 DESPESAS DIVERSAS POR ACIDENTE (DDA): Esta cobertura, garante ao(s) Beneficiários o pagamento de uma Indenização, em consequência exclusiva de Morte Acidental do Segurado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos, observados os demais termos desta Cobertura, das Condições Gerais e as demais Disposições Contratuais.

- a) A presente Cobertura somente poderá ser contratada em conjunto com a Cobertura de Morte Qualquer Causa (MQC) ou Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e a elas se vincula, de forma que somente será devida a indenização se caracterizado o evento relativo à Cobertura de Morte Qualquer Causa (MQC) ou Invalidez Especial de Morte por Acidente (IEA).
- b) A cobertura de Despesas Diversas por Acidente (DOA) não poderá ser contratada, simultaneamente, com a cobertura de Despesas Diversas (DD).

3.3.14. **BÔNUS POR NASCIMENTO E CESTA NATALIDADE:** Garante ao segurado o pagamento de uma indenização no valor do capital segurado contratado, em razão do nascimento do filho, a fim de custear despesas, cuja finalidade será definida no nascimento do filho do segurado, o mesmo receberá o valor determinado em apólice multiplicados pelo número de filhos nascidos vivos no mesmo parto, para realizar o pagamento das despesas diretamente vinculadas ao nascimento tais como: fraldas, vacinas, exames e consultas médicas. O benefício reembolsará o segurado de uma só vez, desde que sejam apresentadas a seguradora as notas fiscais dos gastos em até 90 dias corridos, contados a partir da data do nascimento.

4. Riscos Excluídos

4.1 Estão expressamente excluídos de todas as coberturas 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 Contratação.

4.1.2 De ato ilícito doloso do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro; e no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;

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

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

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

4.1.6 De atos terroristas;

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

4.1.8 De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

4.1.9 De epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;

4.1.10 De choque anafilático, desde que não decorrente de acidente pessoal coberto;

4.1.11 De ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/

ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;

4.1.12 Do parto ou aborto e suas consequências, desde que não decorrente de um acidente pessoal coberto; e

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

4.2 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos das coberturas de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA),

Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA) e Despesas Diversas por Acidente (DDA), os eventos ocorridos em consequência:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4.4 As doenças agravadas por traumatismos;

4.4.5 As doenças nas quais se documente alguma interação e ou intercorrência relacionadas a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e ou a posturas viciosas;

4.4.6 Os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da Existência Independente do Segurado; e

4.4.7 Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no item 3.3.1g).

4.5 Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos da cobertura de Diária por Internação Hospitalar (DIH), mesmo que resultantes de Acidente Pessoal, as internações hospitalares objetivando a realização de:

4.5.1 De qualquer procedimento relacionado à gravidez ou parto ou aborto, bem como suas consequências;

4.5.2 De ceratectomia (cirurgia para correção de miopia);

4.5.3 De tratamento de hérnias de quaisquer naturezas e suas consequências;

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

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

4.5.6 De diálise, hemodiálise e tratamento de cirrose hepática e da hepatite crônica;

4.5.7 De tratamento de infertilidade ou de esterilização, incluindo tratamentos cirúrgicos, e suas consequências;

4.5.8 De tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos;

4.5.9 De qualquer tipo de exame ou check-up preventivo;

4.5.10 De tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;

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

4.5.12 De tratamento cirúrgico da obesidade mórbida e suas consequências;

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

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

4.5.15 De tratamentos que envolvam a homeopatia, a acupuntura e tratamentos naturalistas;

4.5.16 De internação domiciliar;

4.5.17 De procedimentos que, por sua característica e amplitude, possam ser efetuados em ambulatório; e

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

4.6 Os riscos excluídos previstos nos itens 4.1.4 e 4.1.11 não se aplicam aos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. Âmbito Geográfico da Cobertura

5.1 As coberturas do Seguro previstas nestas Condições aplicam -se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, exceto pelas coberturas AUX, DIH, DIHA, DMHO e DITA que se aplica apenas para eventos ocorridos em território nacional.

6. Carência

6.1 O período de carência, quando previsto, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, sendo estabelecido nas Condições Contratuais, na Apólice e na Proposta de Contratação.

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

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

6.2 Não haverá a incidência de carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto para o caso de suicídio que deverá ser respeitada uma carência de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.

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

7. Franquia

7.1 A cobertura de Diárias por Internação Hospitalar decorrente de Acidente Pessoal (DIHA) está sujeita à franquia de 1 (um) dia, ou seja, somente estarão cobertas pelo Seguro as internações hospitalares efetivadas a partir, inclusive, do segundo dia da respectiva internação hospitalar.

7.2 Para as coberturas de Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA) e Diárias por Internação Hospitalar (DIH) haverá franquia de 30 (trinta) dias ininterruptos contados a partir da data caracterização do evento.

8. Contratação e Aceitação do Seguro

8.1 O Seguro deverá ser contratado mediante o preenchimento e assinatura da Proposta de Contratação pelo Proponente Estipulante, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado.

8.1.1 As alterações durante a vigência do Seguro, somente serão feitas mediante assinatura do Proponente Estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

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

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

8.2.2 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise da Proposta de Contratação.

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

8.3 A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar, apenas uma vez, do Proponente Estipulante a documentação que achar necessária. Nestes

casos, o prazo previsto no item 8.2 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

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

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

8.6 Deverá ser contratado um Capital Segurado Global que, posteriormente, será rateado entre os segurados vigentes na Apólice, conforme definido no item 10 destas.

8.7 Não haverá emissão do certificado individual.

8.8 O Segurado e o Estipulante poderão consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

9. Inclusão no Seguro e Aceitação dos Segurados

9.1 A inclusão de possíveis segurados será feita por adesão ao Seguro de forma compulsória, abrangendo todo o grupo segurável;

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

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

9.2.2 Os sócios com idade inferior a 14 anos.

10. Capital Segurado Individual

10.1 Para as coberturas Morte Qualquer Causa (MQC), Auxílio Funeral (AUX), Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Despesas Diversas (DD) e Despesas Diversas por Acidente (DOA), o Capital Segurado Individual será calculado tomando-se por base o valor do Capital Segurado Global contratado, para cada cobertura, dividido pelo número de segurados principais que constam como ativos na listagem encaminhada pelo Estipulante, relativa ao mês anterior à data do evento segurável.
Capital Segurado Individual = Capital Segurado Global/Número de Segurados

10.1.1 Para fins de pagamento do sinistro, o Capital Segurado será apurado com base no número de funcionários do mês de ocorrência do sinistro, para tanto, deverá ser

apresentada a última Guia de Fundo de Garantia e Informações da Previdência Social (GFIP), e, caso exista(m) Segurado(s) afastado(s) após o início de vigência do Seguro, a(s) última(s) Guia(s) anterior(es) ao(s) mês(es) de afastamento e, em se tratando de sócios e diretores estatutários, deverá ser apresentado o contrato social atualizado.

10.1.2 O Capital Segurado Individual poderá sofrer alterações tendo em vista o número de segurados constantes como ativos na listagem encaminhada pelo Estipulante, relativa ao mês anterior à data do evento segurável. Porém, o Capital Segurado Individual apurado para os eventos ocorridos em um mesmo mês será igual para todos os segurados.

10.2 O Capital Segurado Individual dos cônjuges e filhos também será calculado conforme disposto no item 10.1.

10.3 O valor das diárias seguradas para as coberturas de Diária de Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIHA), Diárias de Internação Hospitalar (DIH), e Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA), será determinado aplicando-se o percentual, definido na Proposta de Contratação e nas Condições Contratuais, ao Capital Segurado Individual calculado através da formulação do item 10.1.

10.4 O valor do Capital Segurado das coberturas de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Rescisão Contratual por Morte (RCM) e Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA) será determinado aplicando-se o percentual, definido na Proposta de Contratação e nas Condições Contratuais, ao Capital Segurado Individual/ calculado através da formulação do item 10.1.

10.5 Em caso de sinistro ocorrido em até 30 (trinta) dias do 2º (segundo) prêmio não pago, o Capital Segurado Individual será pago deduzido dos prêmios devidos e será calculado conforme formulação que segue:

Capital Segurado Individual = (Capital Segurado Global - Total de Prêmios Devidos) / Número de Segurados

11. Cobertura Suplementar para Segurados Dependentes

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

11.2 Conforme especificado no Contrato de Seguro, a inclusão de cônjuge e/ ou filhos no Seguro poderá ser feita de forma compulsória e automática, abranger os cônjuges e/ ou filhos de todos os segurados principais.

11.3 Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos segurados principais, se ao tempo do Contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

11.4 Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal.

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

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

11.6.1 Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado Principal ou Dependente.

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

11.8 As condições para cessação da cobertura individual dos segurados dependentes estão definidas no item 22. 7 destas Condições Gerais.

12. Vigência, Renovação e Manutenção do Seguro

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

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

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

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

12.2 A renovação da Apólice, que não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, poderá ser realizada de forma expressa e por intermédio do Estipulante.

12.2.1 Todas as renovações da apólice serão feitas de forma expressa, não havendo a possibilidade de renovação automática da Apólice.

12.3 Quando da renovação da Apólice ou durante a vigência do Seguro, qualquer modificação ocorrida na Apólice, deverá ser realizada por aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Estipulante ou de seu representante legal, ratificada pelo correspondente endosso, sendo que se essa alteração implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, dependerá de anuência expressa de 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

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

13. Pagamento do Prêmio

13.1 O custeio do Seguro será Não Contributário, em que os prêmios são pagos íntegra/mente pelo Estipulante.

13.2 O prêmio do Seguro poderá ser pago nas formas à vista, mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral e anual, não havendo incidência de juros sobre elas, sendo apurado mediante a simples divisão do prêmio pelo número de parcelas acordadas.

13.3 Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir com feriado bancário ou final de semana, o pagamento poderá ser efetuado, sem atualização e os juros previstos no item 13.5, no primeiro dia útil subsequente.

13.4 Servirão como comprovante de pagamento dos prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado.

13.5 Os prêmios em atraso serão cobrados de uma só vez, atualizados pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data do vencimento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data do efetivo pagamento, e acrescidos ainda de juros de 12% a.a. (doze por cento ao ano).

13.5.1 Após dois prêmios devidos e não pagos, o Seguro será cancelado conforme previsto no item 21.1.

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

14. Atualização dos Capitais Segurados, Diárias Seguradas e Prêmios

14.1 Os Capitais Segurados, as Diárias Seguradas e os prêmios serão atualizados a cada aniversário do Seguro com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2o mês anterior ao da atualização.

14.2 Na eventualidade de ser extinto o INPC/IBGE, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva acumulada do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2o mês anterior ao da atualização.

14.3 Para alterações facultativas no Capital Segurado Global, o Estipulante deverá solicitar formalmente e expressamente à Seguradora, observando o item 12.3.

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

14.5 Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis das coberturas Morte Qualquer Causa (MQC), Auxílio Funeral (AUX), Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Rescisão Contratual por Morte (RCM), Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), Despesas Diversas (DO) e Despesas Diversas por Acidente (ODA) serão atualizados pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE) até a data de ocorrência do sinistro, sendo que nos casos de periodicidade

15. Recálculo da(s) taxa(s) do Seguro

15.1 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.

15.1.1 Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da Apólice, desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da Apólice e observando o disposto no item 12.3.

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

16. Data do Evento e Reintegração do Capital Segurado

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

16.1.1 Nas coberturas Morte Qualquer Causa (MQC), Auxílio Funeral (AUX), Rescisão Contratual por Morte (RCM) e Despesas Diversas (DD), a data do falecimento;

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

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

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

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

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

16.4 A reintegração da Diária Segurada relativa à cobertura Diárias de Internação Hospitalar (DIH) é automática após cada internação, sem cobrança de prêmio adicional.

17. Beneficiários

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

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

17.1.2 Na falta de indicação de Beneficiários será observada a gradação legal.

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

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

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

17.3.1 Caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento será feito observando o disposto no item 17.1.1.

17.4 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.

17.5 Para a cobertura de Auxílio Funeral (AUX), quando o(s) Beneficiário(s) optar(em) pela prestação do Serviço de Assistência Funeral, a Seguradora, providenciará os mesmos conforme disposto no item 19 destas Condições Gerais. Neste caso, o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao reembolso de despesas com funeral.

17.5.1 Na cobertura de Auxílio Funeral (AUX), em caso de opção pelo reembolso de despesas, o Beneficiário será o responsável pelo pagamento das despesas com o funeral.

18. Comunicação e Liquidação de Sinistros

18.1 Em caso de sinistro, o Estipulante, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de

Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar inequivocadamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados no item 18.4.

18.2 Na cobertura de Auxílio Funeral (AUX), tendo sido feita a opção pela prestação do serviço de Assistência Funeral, o(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito ao reembolso de despesa com funeral.

18.3 O prazo para pagamento da indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega, pelo Estipulante, Segurado ou Beneficiário, da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida no item 18.4 destas Condições Gerais.

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

18.3.2 A critério da Seguradora poderão ser solicitados outros documentos ao Estipulante para liquidação de sinistros.

18.3.3 Em caso de sinistro ocorrido em até 30 (trinta) dias do 1º (primeiro) prêmio não pago, o Capital Segurado Individual será pago deduzido dos prêmios devidos, calculados conforme previsto no item 13.3. Nesta situação, o Capital Segurado Individual será calculado conforme item 10.5.

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

18.4.1 PARA TODOS OS CASOS DE SINISTRO:

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

18.4.2 EM CASO DE MORTE NÃO DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL :

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

b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;

c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

d) Cópia do comprovante de pagamento do mês anterior a ocorrência e do mês de ocorrência do sinistro;

e) Cópia do Comprovante de Residência do Segurado; e

f) Documentos do(s) Beneficiário(s) :

f.1) Cópia do comprovante de residência do Beneficiário, independentemente de qual seja o Beneficiário descrito nos itens abaixo;

f.2) Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada com a averbação do óbito, Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento;

f.3) Companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, documento que comprove a união estável na data do evento e Formulário de autorização de pagamento;

f.4) Filhos: Certidão de Nascimento ou cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e Formulário de autorização de pagamento;

- f.5) Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, Formulário de autorização de pagamento; e
- f.6) Beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito.
- f.7) Declaração de únicos Herdeiros: caso o Segurado não tenha indicado seu(s) Beneficiário(s), em conjunto com a documentação de regulação de sinistros, deverá ser encaminhada a declaração de únicos herdeiros juntamente com a documentação do(s) respectivo(s) Beneficiário(s).
- f.8) Na ausência de Beneficiário(s) indicado(s) e se houver filhos, Declaração de filhos firmada em cartório e assinada por duas testemunhas, informando quantos e quais são os filhos do Segurado, se os filhos forem Beneficiários.
- g) Se contratada a cobertura de Rescisão Contratual por Morte (RCM), será necessária a apresentação dos seguintes documentos:
- g.1) Cópia autenticada do Contrato de Trabalho firmado entre o Segurado e o Estipulante;
- g.2) Cópia autenticada da carteira de Trabalho atualizada;
- g.3) Comprovante de pagamento do salário do mês da ocorrência do óbito; g.4) Cópia autenticada do termo de rescisão do Contrato de Trabalho; e

18.4.3 EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro, devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo seu preposto/ Beneficiário;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- e) Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Polícia/, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade polícia/;
- f) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
- g) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- h) Cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;
- i) Declaração de filhos firmada em cartório e assinada por duas testemunhas, informando quantos e quais são os filhos do segurado, se os filhos forem beneficiários;
- j) Cópia do Comprovante de Residência do Segurado; e
- k) Documentos do(s) Beneficiário(s):
- k.1) Cônjuge: cópia autenticada da Certidão de Casamento, Carteira de Identidade e CPF, além de informações sobre os dados bancários;
- k.2) Companheiro(a): cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento, além de informações sobre os dados bancários;
- k.3) Filhos menores de 16 anos: cópia autenticada da Certidão de Nascimento, além de informações sobre os dados bancários;
- k.4) Filhos maiores de 16 anos: cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência, além de informações sobre os dados bancários;
- k.5) Pais e outros: cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF, além de informações sobre os dados bancários; e
- k.6) Beneficiário falecido: cópia autenticada da Certidão de Óbito.
- l) Se contratada a cobertura de Rescisão Contratual por Morte (RCM) ou Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), será necessária a apresentação dos seguintes documentos:

- l.1) Cópia autenticada do Contrato de Trabalho firmado entre o Segurado e o Estipulante;
- l.2) Cópia autenticada da carteira de Trabalho atualizada;
- l.3) Comprovante de pagamento do salário do mês da ocorrência do óbito;
- l.4) Cópia autenticada do termo de rescisão do Contrato de Trabalho; e

18.4.4 SE CONTRATADA A COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL (AUX), além dos documentos listados nas alíneas 18.4.12 ou 18.4.33, será necessária a apresentação dos seguintes documentos:

a.1) Reembolso de Despesas com Funeral:

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

a.2) Reembolso de Despesas com Locação de Jazigo:

- Cópia do Contrato de locação do Jazigo;
- Originais dos comprovantes das despesas com a locação do jazigo;
- Cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DOO) do responsável pela locação do Jazigo.

a.3) Reembolso de Despesas com Repatriamento do Corpo:

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

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

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

18.4.5 EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE :

a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico (com carimbo e número do C.R.M.);

b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a invalidez;

c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

e) Cópia do Boletim de Ocorrência Polícia/, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade polícia /;

f) Cópia do boletim de pronto atendimento hospitalar;

- g) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;
- h) Cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;
- i) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;
- j) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

18.4.6 EM CASO DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS :

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

18.4.7 EM CASO DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE PESSOAL:

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

18.4.8 EM CASO DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA:

- a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e por Médico habilitado (com carimbo e número do C.R.M.), informando a data de início da invalidez conforme diagnosticada na Declaração Médica, e descrição do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado;
- b) Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e por médico habilitado;
- c) Declaração Médica, devidamente preenchida e assinada pelo Segurado e por Médico habilitado, contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item 3.3.1g) e 3.3.1h);
- d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução

do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item 3.3.1 g) e 3.3.1 h);

- e) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- f) Laudos e exames médicos;
- g) Documentos de concessão de aposentadoria e/ ou publicação no Diário Oficial;
- h) Cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;
- i) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- j) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

18.4.9 EM CASO DE DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

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

18.4.10 EM CASO DE DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo respectivo Médico Assistente (com carimbo e número do C.R.M.);
- b) Cópia autenticada da Declaração Médica comprovando a extensão das lesões;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) O atestado de médico habilitado, em formulário a ser fornecido pela Seguradora, indicando o prazo de duração previsto em função da incapacidade adquirida pelo Segurado;
- e) Cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos;
- f) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado; e
- g) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.

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

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

18.6.1 O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando -se o Capital Segurado contratado, atualizado monetariamente.

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

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

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

18.9.1 O Capital Segurado Individual vigente na data do evento será calculado conforme a metodologia apresentada no item 10.

18.9.2 Caso o pagamento não seja efetuado no prazo previsto no item 18.3, deverá ser observado o disposto no item 27.1.

18.9.3 O não pagamento da indenização no prazo previsto no item 18.3 implicará na aplicação de juros moratórios a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização.

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

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

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

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

18.11 Possuindo o Segurado mais de um Seguro, nesta ou em outra seguradora, garantindo o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas, a responsabilidade desta Seguradora por este Seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados pelo Segurado proporcionalmente aos limites segurados para a cobertura em todas as apólices em vigor, nesta ou em outras Seguradoras, na data do evento.

18.11.1 O Capital Segurado utilizado para o cálculo da responsabilidade desta Seguradora será o Capital Segurado Individual, definido conforme item 10.4.

18.12 Para as coberturas de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) e Diárias de Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIHA), caso o Segurado venha a falecer durante a internação hospitalar coberta pelo Seguro, as diárias relativas a este período serão pagas ao(s) seu(s) Beneficiário(s).

18.12.1 A Seguradora efetuará o pagamento das diárias ao Segurado considerando as informações prestadas no Formulário de Aviso de Sinistro e nos comprovantes da internação hospitalar.

18.12.2 Caso o Segurado esteja internado na data de vencimento do prêmio do Seguro, a cobertura dar-se-á até a sua alta hospitalar, observado o limite de diárias do Seguro.

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

18.14 As indenizações decorrentes das coberturas Morte Qualquer Causa (MQC), Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Auxílio Funeral (AUX), Rescisão Contratual por Morte (RCM), Rescisão Contratual por Morte Acidental (RCMA), Despesas Diversas (DD) e Despesas Diversas por Acidente (DOA) serão pagas sob a forma de pagamento único.

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

18.16 As indenizações decorrentes da cobertura de Diárias de Internação Hospitalar por Acidente Pessoal (DIHA) serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável contratado.

18.17 As indenizações decorrentes da cobertura de Diárias de Internação Hospitalar (DIH) serão pagas após a alta hospitalar. Nos casos de internações prolongadas, o Segurado poderá solicitar indenizações parciais, no mínimo a cada 30 (trinta) dias, limitado ao período indenizável de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias.

18.18. BÔNUS POR NASCIMENTO E CESTA NATALIDADE: As indenizações decorrentes da cobertura de BÔNUS POR NASCIMENTO E CESTA NATALIDADE serão pagas após o nascimento do filho(a), onde deve apresentar a certidão de nascimento no prazo máximo de 90 dias.

- Formulário de aviso de sinistro;
- Cópia da certidão de nascimento;
- Cópia do RG/CPF do segurado;
- Cópia do RG/CPF da mãe;

18.19 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

19. Opção pela Prestação dos Serviços de Assistência Funeral

19.19 Quando contratada a cobertura prevista no item 3.2.4 e realizada a opção pela prestação dos serviços de Assistência Funeral, os serviços garantidos por este Seguro serão prestados dentro das normas legais e regulamentares de cada município onde se realizarem.

19.19.1 Ressalta-se que a boa execução dos serviços dependerá, também, da colaboração dos familiares do Segurado, os quais deverão acionar imediatamente o serviço de Assistência na eventualidade do óbito do Segurado, dispondo-se a acompanhar a pessoa indicada para providenciar o funeral, junto aos órgãos e repartições públicas, sempre que for necessário.

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

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

19.21.1 Aquisição de jazigo ou carneiro;

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

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

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

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

19.21.6 Custos de manutenção do jazigo;

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

20. Perda do Direito À Indenização

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

20.19.1 Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Contratação que tenham influenciado na aceitação do Seguro;

20.19.2 Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações que tenham influenciado no valor do prêmio;

20.19.3 Inobservância das obrigações convencionadas na Apólice;

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

20.19.5 Se houver, intencionalmente, o agravamento do risco Segurado.

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

20.20.1 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.

20.20.2 NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURO:

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.

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

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

20.22 O(s) Beneficiário(s) não terão direito ao Capital Segurado quando o Segurado se suicidar nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial da cobertura individual.

20.23 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

20.23.1 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

21. Cancelamento do Seguro

21.19 Em caso de inadimplência por falta de pagamento de 2 (dois) prêmios, consecutivos ou alternados, o Seguro será cancelado 30 (trinta) dias após da data do vencimento do segundo prêmio não pago.

21.19.1 Nos seguros contributários, a Seguradora notificará o Segurado, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

21.19.2 Nos seguros não contributários, em que os prêmios são pagos pelo Estipulante, a Seguradora notificará o mesmo, com antecedência de pelo menos 15 (quinze) dias, advertindo-o quanto à necessidade de pagamento dos prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do Seguro.

21.20 Caso não haja o pagamento do primeiro prêmio, a contratação do seguro não estará concretizada, não existindo qualquer tipo de cobertura securitária, em momento algum.

21.21 O Seguro poderá ser rescindido mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias, pela Seguradora, em caso descumprimento das obrigações previstas no item 24 por parte do Estipulante.

21.22 No caso de falência, extinção, liquidação ou desaparecimento do Estipulante, o Seguro será automaticamente rescindido.

21.23 Mediante acordo entre as partes contratantes e com anuência prévia e expressa de, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado, a Seguradora ou o Estipulante, poderá solicitar o cancelamento da Apólice mediante manifestação formal em até 60 (sessenta) dias da data de aniversário da mesma.

21.24 No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa tanto da Seguradora quanto do Estipulante e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá

do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo de vigência decorrido.

21.25 O Seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

22. Cessaçãõ da Cobertura Individual

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

22.20 O prazo de vigência da cobertura individual pode ser abreviado em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não-renovação, desde que não haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice.

22.20.1 Caso haja prêmios já pagos para cobertura de riscos com vigência após a data de cancelamento ou de não renovação da Apólice, será mantida a cobertura de tais riscos até a extinção dos mesmos, contudo não será aceito o recebimento de novos prêmios para novos períodos de vigência.

22.21 A cobertura individual cessa quando da ocorrência de sinistro vinculado à cobertura Morte Qualquer Causa (MQC).

22.22 A cobertura individual cessa quando da ocorrência de sinistro vinculado à cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), somente no caso de ocorrer a antecipação de 100% (cem por cento) da Morte Qualquer Causa (MQC).

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

22.23.1 Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante; ou

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

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

22.24.1 Se for cancelada a respectiva Cobertura Suplementar;

22.24.2 Se o Segurado Principal deixar o grupo segurado;

22.24.3 Com a morte do Segurado Principal; ou

22.24.4 No caso de cessação da condição de Dependente.

23. Excedente Técnico

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

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

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

- a.1) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos; e
- a.2) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
- b) São despesas mínimas para fins de apuração dos resultados técnicos:
 - b.1) Comissões de corretagem pagas durante o período;
 - b.2) Comissões de administração pagas durante o período;
 - b.3) Valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
 - b.4) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e
 - b.5) Despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante.
- c) As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:
 - c.1) O respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
 - c.2) O aviso à seguradora, para sinistros;
 - c.3) A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
 - c.4) As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

23.20 A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no Contrato de Seguro até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ ou Estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no Contrato de Seguro, observando o disposto no item 23.4.

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

23.22 Nos seguros parciais ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida no Contrato de Seguro.

23.23 Nos seguros em que houver cláusula de excedente técnico será incluída no Contrato a informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

24. Obrigações do Estipulante

24.19 Constituem obrigações do Estipulante:

- 24.19.1 Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- 24.19.2 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;
- 24.19.3 Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;

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

24.19.5 Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

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

24.19.7 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;

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

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

24.19.10 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;

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

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

24.19.13 Informar à Seguradora quaisquer variações que resultem em uma redução igual ou superior a 20% (vinte por cento) no número de funcionários, tomando -se por base o número do grupo inicial.

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

25. Regime Financeiro

25.1 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.

26. Material de Divulgação

26.1 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.

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

27. Mora

27.1 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 18.3 para a regulação do sinistro

ou, em caso de devolução de prêmios, a partir do 100 (décimo) dia em que se tornar exigível.

27.1.1 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.

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

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

28. Foro

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

TABELA PARA CÁLCULO

INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Inv. Perm	Discriminação	% sobre CS	Discriminação	% sobre CS
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um inferior	100	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100	Alienação mental total incurável	100
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os Ouvidos	40	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Ancilose total de um dos ombros	25	Ancilose total de um dos cotovelos	25
	Ancilose total de um dos punhos	20	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
Parci	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			

TABELAS IAIF

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

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

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

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

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