

SEGURO VIDA EM GRUPO – TAXA MÉDIA

Condições Gerais

Versão 1.0

CNPJ 54.484.753/0001-49

Processo SUSEP nº 15414.004585/2012-12

ÍNDICE

VIDA

CONDIÇÕES GERAIS.....	5
1. DEFINIÇÕES	5
2. OBJETIVO	7
3. GARANTIAS DO SEGURO	8
4. RISCOS EXCLUÍDOS	13
5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS GARANTIAS.....	14
6. CARÊNCIAS.....	14
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO	14
8. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	15
9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO	15
10. CAPITAL SEGURADO	15
11. CORREÇÃO DOS VALORES DE PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO.....	16
12. PRÊMIO	16
13. CANCELAMENTO DO SEGURO	17
14. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL.....	17
15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	17
16. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO	18
17. FORMAS DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO.....	20
18. EXCEDENTE TÉCNICO	20
19. BENEFICIÁRIOS.....	20
20. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	20
21. DISPOSIÇÕES GERAIS.....	21
22. FORO.....	21

23. ANEXO I

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA.....	22
1. DO OBJETIVO.....	22
2. DA COBERTURA	22
3. DOS RISCOS EXCLUÍDOS	23
4. DA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO	23
5. DA FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO	24
6. DO CANCELAMENTO DO SEGURO.....	24

ANEXO ÀS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

25

24. ANEXO II

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE AUXÍLIO FUNERAL.....	29
1. OBJETIVO :	29
2. EXCLUSÕES DA GARANTIA DE AUXÍLIO FUNERAL.....	29
3. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO.....	29
4. DISPOSIÇÕES FINAIS	29

25. ANEXO III	
CONDIÇÕES ESPECIAIS DE FUNERAL	30
1. OBJETIVO :	30
2. EXCLUSÕES DA GARANTIA FUNERAL	30
3. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO.....	30
4. DISPOSIÇÕES FINAIS	30
26. ANEXO IV	
CONDIÇÕES ESPECIAIS DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA.....	32
1. OBJETIVO	32
2. EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES DA GARANTIA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA	32
3. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO.....	32
4. DISPOSIÇÕES FINAIS	32
27. ANEXO V	
CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CESTA BÁSICA	33
1. OBJETIVO:	33
2. EXCLUSÕES DA GARANTIA CESTA BÁSICA	33
3. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO.....	33
5. DISPOSIÇÕES FINAIS	34
28. ANEXO VI	
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE	35
1. OBJETIVO	35
2. GARANTIAS.....	35
3. ACEITAÇÃO	35
4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	35
5. BENEFICIÁRIO	35
6. DISPOSIÇÃO FINAL	35
29. ANEXO VII	
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE.....	36
1. OBJETIVO	36
2. GARANTIAS.....	36
3. ACEITAÇÃO	36
4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	36
5. BENEFICIÁRIO	36
6. DISPOSIÇÃO FINAL	36
30. ANEXO VIII	
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS	37
1. OBJETIVO	37
2. GARANTIAS.....	37
3. ACEITAÇÃO	37
4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	37
5. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO DA GARANTIA DE INVALIDEZ POR DOENÇA CONGÊNITA	37
5. BENEFICIÁRIO	38
6. DISPOSIÇÕES FINAIS	38

31. ANEXO IX	
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHOS	39
1. OBJETIVO	39
2. GARANTIAS	39
3. ACEITAÇÃO	39
4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL	39
5. BENEFICIÁRIO	39
6. DISPOSIÇÕES FINAIS	39
32. ANEXO X	
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE EXCEDENTES TÉCNICOS	40
OUVIDOR	41

VIDA**CONDIÇÕES GERAIS**

Seja bem-vindo à Seguradora, uma companhia acessível, flexível e transparente. A seguir, você encontrará a descrição de nossas **Condições Gerais**.

1. DEFINIÇÕES**1.1 Acidente Pessoal:**

Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como conseqüência direta a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico.

a) Incluem-se, ainda, neste conceito:

- a.1) o suicídio, ou sua tentativa, o qual, para fins de indenização, será equiparado a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais de origem traumática da coluna vertebral causadas exclusivamente por fraturas ou luxações e radiologicamente comprovadas.

b) Não se incluem no conceito de “acidente pessoal”:

- b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b.3) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de “invalidez por acidente pessoal”.

1.1. Apólice:

Documento emitido e assinado pela Seguradora que comprova a relação contratual e formaliza a aceitação do risco.

1.2. Beneficiário:

Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos Capitais Segurados, em caso de ocorrência do evento coberto contratado.

1.3. Capital Segurado:

É a importância máxima a ser paga ou reembolsada ao Beneficiário em função do valor estabelecido para cada garantia contratada, vigente na data do evento.

1.4. Carência:

É o período, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual o Segurado não tem direito às Garantias contratadas.

1.5. Carregamento:

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização do plano.

1.6. Certificado Individual:

É o documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora, formalizando a aceitação do Proponente, a renovação do Seguro ou a alteração de valores de Capital Segurado ou prêmio.

1.7. Companheiro(a):

É a pessoa que convive em união estável ou condição equiparada, configurada na convivência pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, devidamente comprovada por decisão judicial, escritura pública ou pelos meios previstos contratualmente.

1.8. Condições Contratuais:

Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da Apólice, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

1.9. Condições Gerais:

Conjunto de cláusulas que regem um mesmo Seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários, do Estipulante e do Subestipulante.

1.10. Condições Especiais:

Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de garantia que possam ser contratadas dentro de um mesmo Seguro.

1.11. Contrato:

Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante ou Subestipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do Seguro, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante ou Subestipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

1.12. Consignante:

Pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos Segurados.

1.13. Dependentes:

São o Cônjuge e os filhos, enteados e menores considerados dependentes econômicos do Segurado Principal, de acordo com a Legislação do Imposto de Renda, desde que não tenham vínculo com o Estipulante ou Subestipulante.

1.14. Doenças ou Lesões Preexistentes:

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao Seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, e que eram de seu prévio conhecimento na data da contratação de Seguro.

1.15. Estipulante ou Subestipulante:

Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como Estipulante-Instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como Estipulante ou Subestipulante/Averbador quando não participar do custeio.

1.16. Excedente Técnico:

Saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice coletiva, em determinado período. A sua forma de apuração e distribuição será definido nas Condições Contratuais, quando cabível.

1.17. Evento Coberto:

É o acontecimento futuro, possível, lícito e incerto, de natureza involuntária e imprevisível, **desde que ocorrido durante a validade da Apólice e que não esteja excluído pelas Condições Contratuais deste Seguro**, em virtude do qual o Beneficiário pode receber o Capital Segurado previsto nas garantias contratadas.

1.18. Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica:

É o documento pelo qual o Beneficiário solicita a Indenização à Seguradora.

1.19. Garantias:

São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado, através de suas Condições Contratuais, quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

1.20. Grupo Segurável:

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante ou Subestipulante que reúne as condições para possível inclusão na Apólice coletiva.

1.21. Grupo Segurado:

É a totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice coletiva.

1.22. Indenização:

Valor, limitado ao Capital Segurado contratado, que a Seguradora deverá pagar ao(s) Beneficiário(s) quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

1.23. Início de Vigência:

É a data a partir da qual as garantias contratadas serão cobertas pela Seguradora.

1.24. Médico:

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico o próprio Segurado, seu Cônjuge, seus Dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

1.25. Nota Técnica Atuarial:

É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

1.26. Prêmio:

Valor que o Segurado e/ou Estipulante ou Subestipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assum a responsabilidade pelas garantias contratadas.

1.27. Proponente:

É o componente do Grupo Segurável, que propõe sua adesão à Apólice e que somente passará à condição de Segurado, caso seja aceito pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

1.28. Proposta de Contratação:

É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em caso de contratação coletiva, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de aderir ou contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

1.29. Proposta de Adesão:

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

1.30. Reintegração do Capital Segurado:

É a recomposição do Capital Segurado após a ocorrência de um evento que gere pagamento parcial de Invalidez Permanente por Acidente.

1.31. Riscos Excluídos:

Eventos preestabelecidos nas Condições Contratuais, que não serão cobertos pelo plano, ou seja, isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento relativo a estes eventos.

1.32. Segurado:

O Proponente, pessoa física, sobre o qual se procede a avaliação do risco e que é efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.

1.33. Segurado Principal:

É o Segurado que mantém vínculo legal comprovado com o Estipulante ou com o Subestipulante.

1.34. Sinistro:

A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do Seguro.

1.35. Vigência da Apólice:

É o período no qual a Apólice de Seguro está em vigor.

1.36. Vigência da Cobertura Individual:

É o período em que o Segurado está coberto pelas garantias deste Seguro.

2. OBJETIVO

Este Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s) na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as Condições Contratuais.**

Parágrafo Único – DEVIDO À NATUREZA DO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, ESTE PLANO NÃO PERMITE CONCESSÃO DE RESGATE, SALDAMENTO OU DEVOLUÇÃO DE QUAISQUER VALORES DE PRÊMIOS PAGOS, UMA VEZ QUE CADA PRÊMIO É DESTINADO A CUSTEAR O RISCO DE PAGAMENTO DE CAPITAL SEGURADO NO PERÍODO.

3. GARANTIAS DO SEGURO

Poderão ser contratadas as seguintes Garantias:

• **Morte**

É a garantia do pagamento de um Capital Segurado ao(s) Beneficiário(s), caso o Segurado venha a falecer por qualquer causa, durante a vigência da Apólice.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- **incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**
- **não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

A Seguradora poderá, somente para os Segurados que não tenham contratado a Garantia de IFPD e desde que estabelecido em Condições Contratuais, antecipar o pagamento de 50% do Capital Segurado contratado para a Garantia de Morte em caso de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado. Esta antecipação também poderá ser concedida para o dependente cônjuge desde que contratada a Garantia de Morte para o cônjuge. Esta Garantia poderá ser contratada isoladamente.

• **Morte Acidental (MA)**

É a garantia do pagamento de um Capital Segurado adicional ao(s) Beneficiário(s), em caso de morte do Segurado por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da Apólice.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- **incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**
- **não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

Esta Garantia poderá ser contratada isoladamente.

• **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)**

É a garantia do pagamento de uma indenização proporcional ao valor do Capital contratado para esta cobertura, 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, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência da Apólice.

Esta Garantia poderá ser contratada isoladamente.

Após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao próprio Segurado uma Indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos nas Condições Contratuais do Seguro.

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

DISCRIMINAÇÃO	% sobre capital segurado
INVALIDEZ PERMANENTE 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 membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL 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
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	
Perda total de 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
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL PARCIAL MEMBROS INFERIORES	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70

DISCRIMINAÇÃO	% sobre capital segurado
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros.	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé.	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, equivalente ½, e dos demais dedos, equivalentes a 1/3 do respectivo dedo.	
Encurtamento de um dos membros inferiores	
- De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
- De 4 (quatro) centímetros	10
- De 3 (três) centímetros	6
- Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização	
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA	
A Perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
DIVERSAS	
MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	5
Em grau médio	10
Em grau máximo	20
NARIZ	
Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
Perda total do olfato	7
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
Diplopia	15
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	7
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra	
Ectrópio unilateral	3

DISCRIMINAÇÃO	% sobre capital segurado
Ectrópio bilateral	6
Entrópio unilateral	7
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	3
Má oclusão palpebral bilateral	6
Ptose palpebral unilateral	5
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DA FONÇAÇÃO	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
SISTEMA AUDITIVO	
Amputação total de uma orelha	8
Amputação total das duas orelhas	16
PERDA DO BAÇO	15
APARELHO URINÁRIO	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
Cistostomia (definitiva)	30
Incontinência urinária permanente	30
Perda de um rim, com rim remanescente	
com função renal preservada	30
Redução da função renal (não dialítica)	50
Redução da função renal (dialítica)	75
Perda de rim único	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	5
Perda de dois testículos	15
Amputação traumática do pênis	40
Perda de um ovário	5
Perda de dois ovários	15
Perda do útero antes da menopausa	30
Perda do útero depois da menopausa	10
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATÓRIO	
Seqüelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
com função respiratória preservada	15
com redução em grau mínimo da função respiratória	25

DISCRIMINAÇÃO	% sobre capital segurado
com redução em grau médio da função respiratória	50
com insuficiência respiratória	75
MAMAS (FEMININAS)	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (ORGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva.	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FÍGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	5
HÉRNIA	
Hérnia de disco cervical	20
Hérnia de disco lombar e torácica	25
Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	20
Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40
Hérnia inguinal ou inguino escrotal	10
Hérnia incisional	20
Hérnia de hiato	10
Hérnia umbilical	10
Hérnia epigástrica	10

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 exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a Indenização será calculada, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

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

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 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 à Indenização prevista para sua perda total.

Para efeito de pagamento da 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.

A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à Indenização por invalidez permanente.

As Indenizações por morte e invalidez permanente por acidente não se acumulam. Se, depois de paga a Indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, do Capital Segurado por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente, se contratada esta garantia.

Após o pagamento da IPA total o risco do Segurado será automaticamente excluído da Apólice, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizado nos termos da legislação vigente.

• **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)**

Garante ao Segurado, desde que este o requeira, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura de Morte, em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, consequente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no **Anexo I**.

• **Auxílio Funeral** – Garante o pagamento do Capital Segurado contratado para essa garantia, conforme especificado nas Condições Contratuais, a título de auxílio no custeio das despesas havidas com o funeral.

Esta Garantia poderá ser contratada isoladamente.

• **Funeral** – Garante a realização do funeral conforme especificado nas Condições Contratuais ou o reembolso das despesas havidas com o funeral até o limite do Capital Segurado contratado para essa garantia.

Esta Garantia poderá ser contratada isoladamente.

• **Auxílio Cesta Básica** – Garante o pagamento do Capital Segurado, conforme especificado nas Condições Contratuais, a título de auxílio alimentação da família do Segurado ou à pessoa por ele indicada no período que se segue ao seu falecimento.

Esta Garantia poderá ser contratada isoladamente.

• **Cesta Básica** – Garante a entrega de cesta(s) básica(s), conforme especificado nas Condições Contratuais, a título de auxílio alimentação da família do Segurado ou à pessoa por ele indicada no período que se segue ao seu falecimento ou o reembolso das despesas havidas com alimentação até o limite do Capital Segurado contratado para essa garantia.

Esta Garantia poderá ser contratada isoladamente.

As garantias de Auxílio Funeral e Funeral não podem ser contratadas em conjunto.

As garantias de Auxílio Cesta Básica e Cesta Básica não podem ser contratadas em conjunto.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- 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;
- 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, exceto se decorrente de prestação de serviço militar, da utilização de meio de transporte arriscado, da prática de esporte ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes;

- de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Contratação ou de Adesão (declaração pessoal de saúde e atividade), quando solicitada pela Seguradora, bem como suas conseqüências.
- 4.2. Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídas das garantias de IEA e IPA do seguro:
- os acidentes ocorridos em conseqüência:
 - a) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal coberto;
 - ataque de animais e picadas de insetos.
- 4.3. Exclusão para Atos Terroristas
- Não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por atos terroristas, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentório à ordem pública pela autoridade pública competente.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS GARANTIAS

As garantias do seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. CARÊNCIAS

O período de carência, definido nas Condições Contratuais, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual também estabelecido nas Condições Contratuais ou da sua recondução depois de suspenso.

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

Caso o Grupo Segurado seja transferido de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela Apólice anterior.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

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

A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco.

Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, terá início um período de 15 (quinze) dias, com cobertura condicional, no qual a Seguradora avaliará o risco.

O seguro será automaticamente aceito, caso a Seguradora não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, no prazo de 15 (quinze) dias, devidamente justificada. Este prazo será suspenso quando a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos riscos, voltando a contar após a entrega dos mesmos. A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias.

Havendo a recusa, dentro do prazo anteriormente estabelecido, caso a Seguradora tenha recebido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, este valor será restituído ao Proponente ou Estipulante conforme tratar-se de seguro contributivo ou não contributivo respectivamente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela, sob a forma pro-rata tempore, referente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

Caso o Proponente seja portador de deficiência, deverá declarar na Proposta de Adesão o grau da invalidez preexistente. Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de Proposta de Adesão.

A cada Segurado incluído no seguro será enviado um Certificado Individual contendo pelo menos os seguintes elementos:

- a) Data de início e término de vigência da cobertura individual do Segurado Principal e dos Segurados Dependentes;
- b) Capital Segurado de cada garantia relativa ao Segurado Principal e aos Segurados Dependentes;
- c) Prêmio total;
- d) Identificação do Segurado Principal e dos Segurados Dependentes.

O certificado individual será enviado no início do contrato e em cada renovação subsequente.

A inclusão de Segurados Dependentes pode ser feita das seguintes formas:

- automática: quando o seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os Cônjuges e/ou filhos dos Segurados Principais considerados Dependentes pela legislação do Imposto de Renda;
- facultativa: quando, somente por autorização do Segurado Principal, o seguro abranger quaisquer dos Dependentes definidos no subitem 1.14.

Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do segurado, desde que comprovada a união estável entre ambos por documentação oficial, e de acordo com a legislação em vigor.

São equiparados aos filhos, os enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.

Quando ambos os Cônjuges forem Segurados Principais do mesmo Grupo Segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado.

O Cônjuge quando incluído no Seguro como Segurado Principal não poderá ser considerado Segurado Dependente e vice-versa.

8. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

O início e fim de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas para tal finalidade, na Apólice, Certificado Individual e nos endossos, seguindo o critério definido nas Condições Contratuais, através de cláusula específica.

- Nos contratos de seguro cujas Propostas tenham sido recepcionadas, **sem pagamento de prêmio**, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da Proposta ou com data distinta, desde que estabelecido em Condições Contratuais.
- Nos contratos de seguro cujas Propostas tenham sido recepcionadas, **com adiantamento** de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de recepção da Proposta pela Seguradora.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Este 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 da Apólice.

A vigência do seguro é de 12 (doze) meses, podendo ser renovada automaticamente, uma única vez, salvo se a Seguradora ou o Estipulante ou Subestipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

Desde que estabelecido nas Condições Contratuais, o seguro poderá ser contratado com vigência inferior a 12 (doze) meses. Neste caso o prêmio será calculado, no mínimo, na base pro-rata tempore.

A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessário, desde que não implique em ônus ou dever ou redução de direitos para os Segurados.

Será necessária a anuência de 3/4 (três quartos) dos Segurados para qualquer alteração da Apólice que acarrete ônus ou dever ou redução de direitos para o Segurado, inclusive quando da renovação da Apólice.

Ao Estipulante ou Subestipulante fica assegurada a prorrogação automática da Apólice por período no mínimo correspondente à carência fixada.

Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, deverá comunicar aos Segurados e/ou ao Estipulante ou Subestipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice. Será enviado novo Certificado Individual ao Segurado em cada uma das renovações do seguro.

10. CAPITAL SEGURADO

Para efeito de determinação do Capital Segurado, será considerada como data do evento:

- na garantia de Morte, a data do falecimento;
- nas garantias de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), a data do acidente;
- na garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), a data indicada na declaração médica,
- nas garantias de Auxílio Funeral, Funeral, Auxílio Cesta Básica e Cesta Básica, a data do falecimento.

A reintegração do Capital Segurado relativo à Garantia de IPA é automática após cada acidente, desde que a invalidez não seja total.

O Capital Segurado da Garantia do Dependente não poderá ser superior ao do Segurado Principal.

11. CORREÇÃO DOS VALORES DE PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO

Os Capitais Segurados e os Prêmios deste seguro serão corrigidos anualmente, por ocasião da renovação do seguro, pela variação positiva do Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M), da Fundação Getúlio Vargas (FGV), tomando-se por base o índice anual acumulado até o segundo mês imediatamente anterior à renovação do seguro, ou de acordo com outros fatores objetivos dispostos nas Condições Contratuais.

Nas Apólices de Seguro onde os Capitais Segurados são contratados na forma de múltiplo salarial ou outros critérios definidos nas Condições Contratuais, estes serão recalculados, anualmente, conforme o critério definido, no momento em que o Estipulante ou Subestipulante comunicar à Seguradora.

Não caberá atualização monetária nos contratos com vigência inferior a 1 (um) ano.

Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os Capitais Segurados pagáveis por morte ou invalidez, deverão ser atualizados pela variação positiva do IGP-M / FGV, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

Na hipótese de extinção do IGP-M / FGV, será utilizado o IPCA/IBGE para atualização dos valores de Prêmios e Capitais Segurados.

O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados, com anuência do Grupo Segurado, por determinação legal da SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, que estabelecerá as novas condições a serem aplicadas.

12. PRÊMIO

O custeio do Seguro pode ser:

- contributivo, em que os Segurados Principais pagam prêmio, total ou parcialmente; ou
- não contributivo, em que os Segurados Principais não pagam prêmio.

O prêmio poderá ser mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual, conforme o definido nas Condições Contratuais.

Os prêmios poderão ser pagos pelo Segurado e/ou pelo Estipulante ou Subestipulante, em dinheiro, cheque, ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido nas Condições Contratuais.

A Seguradora poderá delegar ao Estipulante ou ao Subestipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, conforme as Condições Contratuais.

É expressamente vedado ao Estipulante ou Subestipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante ou Subestipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por garantia contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

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

Os prêmios em atraso serão acrescidos da atualização de acordo com o índice estabelecido no item 11 destas Condições Gerais e de juros de 1% (doze por cento) ao mês, a partir do último dia previsto para o pagamento.

Nos seguros contributivos, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar o cancelamento do seguro, a critério da Seguradora e sujeita o Estipulante ou Subestipulante às cominações legais.

Caso a data estabelecida nas Condições Contratuais para pagamento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão da cobertura.

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

Os valores de prêmio poderão ser reavaliados anualmente junto ao Estipulante ou Subestipulante, por ocasião da renovação da Apólice, com base em critério técnico definido na nota técnica atuarial deste seguro.

Os novos valores de prêmio serão aplicados para as novas Apólices e quando das renovações das Apólices em vigor, caso haja acordo com o Estipulante ou Subestipulante, devendo haver anuência prévia e expressa de, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

13. CANCELAMENTO DO SEGURO

Havendo atraso no pagamento do prêmio, por período superior a 60 (sessenta) dias a contar da data de vencimento, a Seguradora se reserva o direito de cancelar automaticamente o seguro.

Durante o período de inadimplência a cobertura do seguro será mantida com conseqüente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da Indenização paga ao(s) Beneficiário(s).

O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e, no caso de seguro coletivo, deverá haver anuência expressa de Segurados que representem no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

14. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada, observada a limitação constante no item 9 destas Condições Gerais.

O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo fato suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se for provado que silenciou de má-fé.

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

O cancelamento só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.

Caso haja diferença de valor de prêmio calculado proporcionalmente ao período a decorrer, esta será restituída ao Segurado, atualizada de acordo com a legislação vigente.

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

- com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante ou Subestipulante nos planos coletivos, podendo, neste caso, o Segurado optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo os custos do risco e de cobrança. Fica facultado a Seguradora a adequação do seu custo ao risco individual; ou
- quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando persistir a inadimplência no pagamento da sua parte no prêmio conforme definido no item 13.

Além das situações mencionadas anteriormente e de outras previstas nas Condições Contratuais, a cobertura de cada Segurado Dependente cessa:

- se for cancelada a respectiva Cláusula Suplementar;
- com o cancelamento do seguro do Segurado Principal;
- se o Segurado Principal deixar o Grupo Segurado;
- com a morte do Segurado Principal;
- no caso de cessação da condição de dependente;
- a pedido do Segurado Principal, na hipótese de inclusão facultativa do Segurado Dependente;
- com a inclusão do dependente no Grupo Segurável Principal.

15. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

O Segurado perderá o direito à Indenização, caso haja por parte do mesmo, seus representantes legais, corretor de seguros, seus prepostos ou seus Beneficiários:

- O agravamento intencional do risco;
- Inobservância das obrigações convencionadas na Apólice, que acarretem agravação do risco coberto;
- Fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um evento coberto, ou ainda, agravando suas conseqüências; ou

- Inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta que tenham influenciado na aceitação do seguro ou no valor do prêmio. Neste caso o Segurado está obrigado a pagar o prêmio vencido.

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

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

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

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

16. PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

Em caso de ocorrência de um evento coberto por este seguro, o Beneficiário deverá comunicá-lo à Seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste item.

A partir da entrega de toda documentação exigível por parte do Beneficiário, a Seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização.

Após este prazo, sobre os valores devidos incidirá, **desde a data do evento**, a atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido nestas Condições Gerais (item 11), apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e o último publicado antes da data de sua efetiva liquidação. Também haverá a incidência de juros moratórios de 1 % (um por cento) ao mês, a partir do último dia previsto para o pagamento.

Os eventuais encargos de tradução necessários a liquidação de sinistros que envolvam despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

É facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do evento, podendo, inclusive, solicitar documentos que julgar necessários à sua apuração. Neste caso, a contagem do prazo para pagamento da Indenização será suspensa e volta a contar a partir do dia útil subsequente àquele em que as solicitações forem completamente atendidas.

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica formada de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

Havendo divergências sobre a escolha do médico desempatador, a designação será solicitada à entidade médica representativa da especialidade.

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.

A ocorrência do evento será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos:

16.1 Em caso de Morte:

16.1.1. Documentação Básica:

- Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido pelo Estipulante/Beneficiário, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal, e na parte referente ao médico, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo mesmo, com firma reconhecida;
- Carteira profissional atualizada (cópia de todas as páginas com anotações). O documento original deve ser apresentado para conferência no ato da entrega das cópias simples, sendo devolvido de imediato;

- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- Certidão de Nascimento do segurado, se solteiro (cópia autenticada); ou
- Certidão de Casamento atualizada (pós óbito);
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Certidão de Nascimento/Casamento, RG e CPF do Beneficiário (cópia autenticada);
- Caso o Beneficiário seja o(a) Companheiro(a) do Segurado: Documentação que comprove o vínculo de união estável e Escritura Pública de Declaração de Convivência Marital, devendo ser acrescida a informação quanto à existência de filhos do Segurado, caso estes também sejam caracterizados como Beneficiários do seguro;
- Cópia autenticada da declaração de imposto de renda onde consta que o cônjuge/companheiro(a) seja dependente do segurado(a).
- Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s) (cópia autenticada);
- Exames médicos (original);
- Informação de dados bancários dos Beneficiários.

16.2. Em caso de Morte Acidental:

16.2.1. Documentação Básica:

- Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido pelo Estipulante/Beneficiário, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal, e na parte referente ao médico, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo mesmo, com firma reconhecida;
- Certidão de Registro da Ocorrência Policial (cópia autenticada);
- Carteira profissional atualizada (cópia de todas as páginas com anotações). O documento original deve ser apresentado para conferência no ato da entrega das cópias simples, sendo devolvido de imediato;
- Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- Boletim de Ocorrência Policial (cópia autenticada);
- Certidão de Nascimento do segurado, se solteiro (cópia autenticada); ou
- Certidão de Casamento atualizada (pós óbito);
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Certidão de Nascimento/Casamento, RG e CPF do Beneficiário (cópia autenticada);

Caso o Beneficiário seja o(a) Companheiro(a) do Segurado:

- Documentação que comprove o vínculo de união estável e Escritura Pública de Declaração de Convivência Marital, devendo ser acrescida a informação quanto à existência de filhos do segurado, caso estes também sejam caracterizados como Beneficiários do seguro;
- Cópia autenticada da declaração de imposto de renda onde consta que o cônjuge/companheiro(a) seja dependente do segurado(a).
- Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s) (cópia autenticada);
- Laudo do Instituto Médico Legal (cópia autenticada);
- Informação de dados bancários dos Beneficiários.

16.3. Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

16.3.1. Documentação Básica:

- Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido pelo Estipulante/Segurado, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal, e na parte referente ao médico, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo mesmo, com firma reconhecida;
- Carteira profissional atualizada (cópia de todas as páginas com anotações). O documento original deve ser apresentado para conferência no ato da entrega das cópias simples, sendo devolvido de imediato;
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Exames médicos (original);
- Boletim de Ocorrência Policial (cópia autenticada);

- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Informação de dados bancários do Segurado.

16.4 Em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:

16.4.1. Documentação Básica:

- Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido pelo Estipulante/Segurado, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal, e na parte referente ao médico, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo mesmo, com firma reconhecida;
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Laudo expedido pelo médico assistente caracterizando a data do quadro clínico incapacitante, que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autônômicas do segurado, com respectivos Exames médicos comprobatórios (original);
- Carteira profissional atualizada (cópia de todas as páginas com anotações). O documento original deve ser apresentado para conferência no ato da entrega das cópias simples, sendo devolvido de imediato;
- Comprovante de Residência do Segurado (cópia autenticada);
- Informação de dados bancários do Segurado.

17. FORMAS DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

- Morte, Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): A Indenização será paga sob a forma de pagamento único.
- Auxílio Funeral: A Indenização será paga sob a forma de pagamento único.
- Funeral: A Indenização será paga de acordo com as Condições Contratuais.
- Auxílio Cesta Básica: A Indenização será paga sob a forma de pagamento único.
- Cesta Básica: A Indenização será paga de acordo com o estabelecido nas Condições Contratuais.

18. EXCEDENTE TÉCNICO

Poderá ser concedido um percentual dos excedentes técnicos, ao Estipulante ou Subestipulante e/ou aos Segurados do grupo, com base nos resultados técnicos da Apólice, quando previsto nas Condições Contratuais.

Para os seguros contributários, o excedente técnico a ser distribuído será proporcionalmente distribuído ao Segurado conforme estabelecidos nas Condições Contratuais.

O excedente somente poderá ser concedido, ao final do período anual para Apólices que mantiverem uma média mensal mínima de 500 (quinhentos) Segurados Principais.

19. BENEFICIÁRIOS

Os Beneficiários serão designados pelo Segurado na Proposta, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

Não poderá ser Beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do Segurado.

Na falta de Beneficiário indicado, a Indenização será paga de acordo com a legislação em vigor na data do evento.

No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou Invalidez Permanente Total por Doença, o próprio Segurado será o Beneficiário.

No caso de morte do dependente, incluído de forma automática, o Beneficiário será o Segurado Principal.

No caso de morte simultânea do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), a Indenização referente às garantias do(s) Segurado(s) Principal e Dependente(s) deverá ser paga aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

No caso de Beneficiários menores de idade, a indenização será paga da seguinte forma:

- a) Pessoas de idade inferior a 16 (dezesseis) anos – pago, em nome do menor, ao seu representante legal;**
- b) Pessoas de idade entre 16 (dezesseis) a 18 (dezoito), exclusive – pago ao menor, devidamente assistido por seu pai ou sua mãe, quando estes tiverem o pátrio poder, ou, finalmente, por seu tutor ou curador.**

20. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante ou Subestipulante e/ou do Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais, Especiais, Nota Técnica Atuarial submetida à SUSEP e as Normas referentes à Apólice de Seguro.

21. DISPOSIÇÕES GERAIS

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

22. FORO

Questões judiciais entre o Segurado ou Beneficiários e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto anteriormente.

23. ANEXO I

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

1. DO OBJETIVO

Esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado, **desde que este o requeira**, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a Garantia de Morte, em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, conseqüente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no item ***Dos Riscos Cobertos***, desta Cláusula, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições do item *Do Cancelamento do Seguro* e as constantes das Condições Contratuais.**

2. DA COBERTURA

A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item *Da Liquidação do Sinistro*.

2.1 Dos Riscos Cobertos

Considera-se como Riscos Cobertos 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**:

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

2.2 Dos Demais Riscos Cobertos

Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional—IAIF (Anexo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

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

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

Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

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

3. DOS RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item Dos Riscos Excluídos, constante das Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e
- c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

4. DA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

4.1. Dos Documentos para Liquidação do Sinistro

Através do Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica, fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente, com firma reconhecida, e assinado pelo Segurado, este deverá comunicar à Seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante.

A Declaração Médica deve indicar a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro).

Da Declaração Médica deverão constar 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 *Dos Riscos Cobertos*.

Ao Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica devem ser anexados:

- 1) Cópia autenticada do RG, CPF e do comprovante de residência do Segurado; a carteira profissional original atualizada; informação de dados bancários do Segurado.
- 2) Relatório do médico-assistente do Segurado:
 - indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.
- 3) 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 anterior.

Fica facultado à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e ou, se for o caso, à sua liquidação.

O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

4.2. Da Data do Sinistro

A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica.

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

4.3. Do Não Reconhecimento da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença

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

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

4.4. Da Junta Médica

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica.

A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

4.5. Das Despesas de Comprovação

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

5. DA FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

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

6. DO CANCELAMENTO DO SEGURO

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

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

ANEXO ÀS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAF

DOCUMENTO 1

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º GRAU: O segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º GRAU: O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	00
	2º GRAU: O segurado apresenta disfunção(ões) e ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º GRAU: O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º GRAU: O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º GRAU: O segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	20

DOCUMENTO 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há imc – índice de massa corporal superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08

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

Agravo Mórbido – Piora de uma doença

Alienação Mental – Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

Aparelho Locomotor – Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

Atividade Laborativa – Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

Auxílio – A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

Ato Médico – Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

Cardiopatia Grave – Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.

Cognição – Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

Conectividade com a Vida – Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

Consumpção – Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Dados Antropométricos – No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

Deambular – Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

Declaração Médica – Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

Deficiência Visual – Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

Disfunção Imunológica – Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

Doença Crônica – Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

Doença Crônica em Atividade – Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

Doença Crônica de Caráter Progressivo – Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

Doença em Estágio Terminal – Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

Doença Neoplásica Maligna Ativa – Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

Doença Profissional – Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

Estados Conexos – Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

Etiologia – Causa de cada doença.

Fatores de Risco e Morbidade – Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

Hígido – Saudável.

Médico Assistente – Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

Prognóstico – Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

Quadro Clínico – Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

Recidiva – Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

Refratariedade Terapêutica – Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

Relações Existenciais – Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

Sentido de Orientação – Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

Seqüela – Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

Transferência Corporal – Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

24. ANEXO II

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO

O Auxílio Funeral tem como objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado contratado para essa garantia, conforme especificado nas Condições Contratuais, a título de auxílio no custeio das despesas havidas com o funeral.

2. EXCLUSÕES DA GARANTIA DE AUXÍLIO FUNERAL

Estão excluídas da Garantia de Auxílio Funeral as mesmas exclusões da Garantia de Morte, mencionadas nos itens 4.1 e 4.3 das Condições Gerais.

3. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

Para a liberação da Indenização do Auxílio Funeral, será necessária a apresentação da seguinte documentação:

- a) Cópia autenticada do CPF e RG do Segurado;
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia autenticada do CPF e RG do Beneficiário;
- d) Caso o Beneficiário seja o(a) Companheiro(a) do Segurado: Documentação que comprove o vínculo de união estável e Escritura Pública de Declaração de Convivência Marital, devendo ser acrescida a informação quanto à existência de filhos do segurado, casos estes também sejam caracterizados como beneficiários do seguro;
- e) Cópia autenticada da declaração de imposto de renda onde consta que o cônjuge/companheiro(a) seja dependente do segurado(a).
- f) Carta do Beneficiário, Estipulante ou do Corretor de Seguros, solicitando o benefício;

4. DISPOSIÇÕES FINAIS

O Segurado só terá direito a essa garantia se a mesma for contratada através da Proposta, Certificado e/ou Contrato e enquanto o plano estiver vigente.

NÃO PODERÃO SER CONTRATADAS EM CONJUNTO AS GARANTIAS DE AUXÍLIO FUNERAL E FUNERAL.

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais e no Contrato, que não modificadas por esta Condição Especial.

25. ANEXO III

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE FUNERAL

1. OBJETIVO

A Garantia Funeral tem como objetivo a realização do funeral ou o reembolso das despesas havidas com o funeral até o limite do Capital Segurado contratado para essa garantia, observados os termos das Condições Contratuais.

O funeral poderá ser realizado por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Seguradora, na hipótese do Beneficiário optar pela prestação de serviço. Será garantida a livre escolha na hipótese do Beneficiário optar pelo reembolso, respeitado o limite de capital segurado contratado.

2. EXCLUSÕES DA GARANTIA FUNERAL

Estão excluídas da Garantia Funeral as mesmas exclusões da Garantia de Morte, mencionadas nos itens 4.1 e 4.3 das Condições Gerais.

3. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

I) Caso haja a opção pela prestação do serviço:

Em caso de falecimento, os familiares deverão contatar a empresa terceirizada, especificada nas Condições Contratuais, antes de tomarem qualquer medida fornecendo os seguintes dados:

- Nome do Segurado;
- Nº de Apólice e/ou Certificado;
- Endereço;
- Local e telefone onde poderão ser encontrados os familiares;

Durante o atendimento poderão ser solicitados entre outros documentos a carteirinha do Segurado, a Proposta de Adesão ou ainda, eventualmente, documentos que comprovem a contratação do plano ou o vínculo do Segurado com o Estipulante ou Subestipulante.

Cooperação com a prestação do serviço:

Os familiares deverão cooperar com a empresa terceirizada, devidamente contratada pela Seguradora, a fim de possibilitar a prestação dos serviços especificados nas Condições Contratuais. Se julgar necessário, a empresa terceirizada **poderá solicitar o envio de documentos originais, às custas dos familiares, para o cumprimento das formalidades necessárias.**

Qualquer reclamação sobre os serviços realizados pela empresa terceirizada deverá ser encaminhada à Seguradora dentro do prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data de ocorrência do evento.

II) Caso haja a opção pelo recebimento do reembolso:

O reembolso está limitado ao Capital Segurado definido para o plano contratado, devidamente especificado nas Condições Contratuais.

Para solicitar o Reembolso, será necessária a apresentação da seguinte documentação:

- a) Cópia autenticada CPF e RG do Segurado;
- b) Cópia autenticada Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia autenticada CPF e RG do Beneficiário;
- d) Caso o Beneficiário seja o(a) Companheiro(a) do Segurado: Documentação que comprove o vínculo de união estável e Escritura Pública de Declaração de Convivência Marital, devendo ser acrescida a informação quanto à existência de filhos do segurado, casos estes também sejam caracterizados como beneficiários do seguro;
- e) Cópia autenticada da declaração de imposto de renda onde consta que o cônjuge/companheiro(a) seja dependente do segurado(a).
- f) Carta do Beneficiário, Estipulante ou do Corretor de Seguros, solicitando o benefício;
- g) Notas fiscais originais comprobatórias do pagamento das despesas efetuadas;
- h) Autorização do beneficiário para restituição a um terceiro, quando esse tiver pago os custos em questão. Neste caso, também deverá ser encaminhado cópia autenticada do RG e CPF do terceiro;

4. DISPOSIÇÕES FINAIS

O Segurado só terá direito a essa garantia se a mesma for contratada através da Proposta, Certificado e/ou Contrato e enquanto o plano estiver vigente.

NÃO PODERÃO SER CONTRATADAS EM CONJUNTO AS GARANTIAS FUNERAL E AUXÍLIO FUNERAL.

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais e no Contrato, que não modificadas por esta Condição Especial.

26. ANEXO IV

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA

1. OBJETIVO

Garante o pagamento do Capital Segurado, conforme especificado nas Condições Contratuais, a título de auxílio alimentação da família do Segurado ou à pessoa por ele indicada no período que se segue ao seu falecimento.

2. EXCLUSÕES E LIMITAÇÕES DA GARANTIA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA

Estão excluídos da garantia de Auxílio Cesta Básica os mesmos riscos excluídos da Garantia de Morte, mencionadas nos itens 4.1 e 4.3 das Condições Gerais.

3. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

Para a liberação da Indenização do Auxílio Cesta Básica, será necessária a apresentação da seguinte documentação:

- a) FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO/DECLARAÇÃO MÉDICA fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo Médico Assistente, com firma reconhecida;
- b) Cópia autenticada do CPF e RG do Segurado;
- c) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
- d) Cópia autenticada do CPF e RG do(s) Beneficiário(s);
- e) Cópia autenticada do Comprovante de Residência do(s) Beneficiários;

4. DISPOSIÇÕES FINAIS

O Segurado só terá direito a essa garantia se a mesma for contratada através da Proposta, Certificado e/ou Contrato e enquanto o plano estiver vigente.

NÃO PODERÃO SER CONTRATADAS EM CONJUNTO AS GARANTIAS AUXÍLIO CESTA BÁSICA E CESTA BÁSICA.

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais e no Contrato, que não modificadas por esta Condição Especial.

27. ANEXO V

CONDIÇÕES ESPECIAIS DE CESTA BÁSICA

1. OBJETIVO:

Garante a entrega de cesta(s) básica(s), conforme especificado nas Condições Contratuais, a título de auxílio alimentação à família do Segurado ou à pessoa por ele indicada, no período que se segue ao seu falecimento ou o reembolso das despesas havidas com alimentação até o limite do Capital Segurado contratado para essa garantia.

A entrega da(s) cesta(s) básica(s) poderá ser realizada por uma empresa terceirizada, devidamente contratada pela Seguradora, na hipótese do Beneficiário optar pela prestação de serviço. Será garantida a livre escolha na hipótese do Beneficiário optar pelo reembolso, respeitado o limite de capital segurado contratado.

2. EXCLUSÕES DA GARANTIA CESTA BÁSICA

Estão excluídas da Garantia Cesta Básica as mesmas exclusões da Garantia de Morte, mencionadas nos itens 4.1 e 4.3 das Condições Gerais.

3. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

I) Caso haja a opção pela prestação do serviço:

Em caso de falecimento, os familiares deverão contatar a empresa terceirizada, especificada nas Condições Contratuais, fornecendo os seguintes dados:

- Nome do Segurado;
- Nº de Apólice e/ou Certificado;
- Endereço;
- Local e telefone onde poderão ser encontrados os familiares;

Durante o atendimento poderão ser solicitados entre outros documentos a carteirinha do Segurado, a Proposta de Adesão ou ainda, eventualmente, documentos que comprovem a contratação do plano ou o vínculo do Segurado com o Estipulante ou Subestipulante.

Cooperação com a prestação do serviço:

Os familiares deverão cooperar com a empresa terceirizada, devidamente contratada pela Seguradora, a fim de possibilitar a prestação dos serviços especificados nas Condições Contratuais. Se julgar necessário, a empresa terceirizada **poderá solicitar o envio de documentos adicionais, às custas dos familiares, para a prestação do serviço.**

Qualquer reclamação sobre os serviços realizados pela empresa terceirizada deverá ser encaminhada à Seguradora dentro do prazo máximo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data de ocorrência do evento.

II) Caso haja a opção pelo recebimento do reembolso:

O reembolso está limitado ao Capital Segurado definido para o plano contratado, devidamente especificado nas Condições Contratuais.

Para solicitar o Reembolso, será necessária a apresentação da seguinte documentação:

- a) Cópia autenticada CPF e RG do Segurado;
- b) Cópia autenticada Certidão de Óbito do Segurado;
- c) Cópia autenticada CPF e RG do Beneficiário;
- d) Caso o Beneficiário seja o(a) Companheiro(a) do Segurado: Documentação que comprove o vínculo de união estável e Escritura Pública de Declaração de Convivência Marital, devendo ser acrescida a informação quanto à existência de filhos do segurado, casos estes também sejam caracterizados como beneficiários do seguro;
- e) Cópia autenticada da declaração de imposto de renda onde consta que o cônjuge/companheiro(a) seja dependente do segurado(a).
- f) Carta do Beneficiário, Estipulante ou do Corretor de Seguros, solicitando o benefício;
- g) Notas fiscais originais comprobatórias do pagamento das despesas efetuadas;
- h) Autorização do beneficiário para restituição a um terceiro, quando esse tiver pago os custos em questão. Neste caso, também deverá ser encaminhado cópia autenticada do RG e CPF do terceiro;

5. DISPOSIÇÕES FINAIS

O Segurado só terá direito a essa garantia se a mesma for contratada através da Proposta, Certificado e/ou Contrato e enquanto o plano estiver vigente.

NÃO PODERÃO SER CONTRATADAS EM CONJUNTO AS GARANTAS CESTA BÁSICA E AUXÍLIO CESTA BÁSICA.

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais e no Contrato, que não modificadas por esta Condição Especial.

28. ANEXO VI

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

Esta Cláusula tem como objetivo incluir os Cônjuges dos Segurados Principais no Seguro, respeitadas as Condições Contratuais.

2. GARANTIAS

Poderão ser contratadas as mesmas garantias concedidas para o Segurado Principal, **exceto a garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.**

3. ACEITAÇÃO

A aceitação no seguro de todos os Cônjuges dos Segurados Principais é realizada **automaticamente**, mediante o pagamento do prêmio ou o preenchimento e a assinatura da Proposta, desde que a mesma seja aceita pela Seguradora. Poderão ser exigidos outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis. **A Proposta poderá ser preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.**

Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do segurado, desde que comprovada a união estável entre ambos por documentação oficial, e de acordo com a legislação em vigor.

Não poderão participar desta Cláusula os Cônjuges que façam parte do Grupo Segurável de Segurados Principais.

4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

O início de vigência corresponderá ao início da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, para o Cônjuge admitido no seguro simultaneamente com o mesmo.

Caso o Cônjuge seja incluído no seguro após o início de vigência individual do respectivo Segurado Principal, terá cobertura conforme critério definido no item 8 das Condições Gerais.

5. BENEFICIÁRIO

Em caso de morte do Cônjuge, o **Capital Segurado** será devido ao Segurado Principal.

6. DISPOSIÇÃO FINAL

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais e no Contrato, que não modificadas por esta Cláusula Suplementar.

29. ANEXO VII

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

Esta Cláusula tem como objetivo incluir os Cônjuges dos Segurados Principais no Seguro, respeitadas as Condições Contratuais.

2. GARANTIAS

Poderão ser contratadas as mesmas garantias concedidas para o Segurado Principal.

3. ACEITAÇÃO

A inclusão no seguro do Cônjuge é realizada **facultativamente, por solicitação expressa do respectivo Segurado Principal**, mediante o pagamento do prêmio ou o preenchimento e a assinatura da Proposta, desde que a mesma seja aceita pela Seguradora. Poderão ser exigidos outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis. **A Proposta deverá ser preenchida e assinada pelo próprio Cônjuge, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.**

Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do segurado, desde que comprovada a união estável entre ambos por documentação oficial, e de acordo com a legislação em vigor.

Não poderão participar desta Cláusula os Cônjuges que façam parte do Grupo Segurável de Segurados Principais.

4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

O início de vigência corresponderá ao início da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, para o Cônjuge admitido no seguro simultaneamente com o mesmo.

Caso o Cônjuge seja incluído no seguro após o início de vigência individual do respectivo Segurado Principal, terá cobertura conforme critério definido no item 8 das Condições Gerais.

5. BENEFICIÁRIO

Em caso de morte do Cônjuge, o **Capital Segurado** será devido ao Segurado Principal.

6. DISPOSIÇÃO FINAL

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais e no Contrato, que não modificadas por esta Cláusula Suplementar.

30. ANEXO VIII

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS

1. OBJETIVO

Esta Cláusula tem como objetivo incluir os filhos dos Segurados Principais, respeitadas as Condições Contratuais.

2. GARANTIAS

Poderão ser contratadas as mesmas garantias concedidas para o Segurado Principal, **exceto a garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.**

Também poderá ser contratada a garantia de Invalidez por Doença Congênita.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, a garantia de Morte destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- **incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**
- **não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

Invalidez por Doença Congênita: É a Antecipação do Capital Segurado da garantia de Morte para Dependente Filho, quando ocorrer o nascimento de Filho, portador de Invalidez irreversível, causada por doença Congênita, que demande a permanente ajuda de terceiros, com clara indicação de que este não poderá exercer atividades remuneradas.

Desde que comprovada a Invalidez por Doença Congênita, nos termos destas Condições Contratuais, e efetuado o pagamento da Indenização, a presente cláusula é cancelada, imediata e automaticamente. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

3. ACEITAÇÃO

A aceitação no Seguro é realizada **automaticamente**, mediante o pagamento do prêmio e/ou a assinatura e o preenchimento da Proposta pelo Segurado Principal, desde que aceita pela Seguradora, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis. A Proposta poderá ser preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.

São equiparados aos filhos, os enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda.

Quando ambos os Cônjuges forem componentes do Grupo Segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependente daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal.

4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

O início de vigência corresponderá ao início da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, para o filho admitido no seguro simultaneamente com o mesmo.

Caso o filho seja incluído no seguro após o início de vigência individual do respectivo Segurado Principal, terá cobertura conforme critério definido no item 8 das Condições Gerais.

5. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO DA GARANTIA DE INVALIDEZ POR DOENÇA CONGÊNITA

A Doença Congênita deve ser comprovada por documentação médica pertinente até o 6º (sexto) mês após o dia do nascimento do Filho, devendo, ainda, ser reconhecida pela Seguradora.

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

A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

Para a liberação da Indenização da Garantia de Invalidez por Doença Congênita, será necessária a apresentação da seguinte documentação:

- Formulário de Solicitação de Benefício/Declaração Médica fornecido pela Seguradora, totalmente preenchido pelo Estipulante/Segurado, ou no caso de sua incapacidade, por seu representante legal, e na parte referente ao médico, totalmente preenchido, carimbado e assinado pelo mesmo, com firma reconhecida;
- Exames médicos (originais);
- Certidão de Nascimento do Dependente Filho (cópia autenticada);
- RG e CPF do Segurado;

A indenização das demais garantias fica condicionada às regras previstas no item 16 das Condições Gerais.

5. BENEFICIÁRIO

Em caso de morte do filho, o **Capital Segurado** será devido ao Segurado Principal.

6. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais e no Contrato, que não modificadas por esta Cláusula Suplementar.

31. ANEXO IX

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE FILHOS

1. OBJETIVO

Esta Cláusula tem como objetivo incluir os filhos dos Segurados Principais, respeitadas as Condições Contratuais.

2. GARANTIAS

Poderão ser contratadas as mesmas garantias concedidas para o Segurado Principal.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, a garantia de Morte destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de notas fiscais originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- **incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**
- **não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

3. ACEITAÇÃO

A inclusão no Seguro é realizada **facultativamente, por solicitação expressa do respectivo Segurado Principal**, mediante o pagamento do prêmio e/ou a assinatura e o preenchimento da Proposta pelo Segurado Principal, desde que aceita pela Seguradora, podendo ser exigida a entrega de outros documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis. A Proposta deverá ser preenchida e assinada pelo seu representante legal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.

São equiparados aos filhos, os enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal de acordo com o Regulamento do Imposto de Renda.

Quando ambos os Cônjuges forem componentes do Grupo Segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependente daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal.

4. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

O início de vigência corresponderá ao início da cobertura individual do respectivo Segurado Principal, para o filho admitido no seguro simultaneamente com o mesmo.

Caso o filho seja incluído no Seguro após o início de vigência individual do respectivo Segurado Principal, terá cobertura conforme critério definido no item 8 das Condições Gerais.

5. BENEFICIÁRIO

Em caso de morte do filho, o **Capital Segurado** será devido ao Segurado Principal.

6. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se as demais disposições estabelecidas nas Condições Gerais e no Contrato, que não modificadas por esta Cláusula Suplementar.

32. ANEXO X**CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE EXCEDENTES TÉCNICOS**

1. A presente Cláusula tem por objetivo garantir ao Estipulante e/ou Segurados Principais a participação no Excedente Técnico da Apólice, que será apurado após cada ano de vigência da Apólice.
2. Excedente Técnico é o eventual saldo positivo, apurado, no mínimo, pela diferença entre as receitas e as despesas da Apólice.
3. Consideram-se como receitas, para fins de apuração do Excedente Técnico:
 - a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos;
 - b) Estornos de Sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
4. Consideram-se como despesas, para fins de apuração do Excedente Técnico, no mínimo:
 - a) As comissões de Corretagem, de Administração (pró-labore) e as comissões de Agenciamento pagas ou devidas durante o período;
 - b) 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 e descontado o eventual valor recuperado por contrato de Resseguro;
 - c) Prêmios de Resseguro efetivamente pagos;
 - d) Valor da Provisão de Sinistros Ocorridos mas Não Avisados (IBNR);
 - e) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
 - f) Despesas Administrativas da Seguradora;
 - g) Os custos com sindicâncias/investigações de sinistros;
 - h) Os custos de Marketing com o seguro (exemplo: campanhas promocionais, mala direta)
5. Atualização monetária das receitas e despesas:
 - A partir do pagamento, para prêmios e comissões;
 - A partir da data do aviso à Seguradora, para os sinistros;
 - Data de apuração, para saldos negativos anteriores;
 - A partir da data em que incorreram, para as despesas de administração.
6. Atualização monetária do excedente técnico:

O resultado apurado será corrigido do período de apuração determinado no Contrato até sua distribuição.
7. A distribuição de Excedentes Técnicos será realizada após o término de vigência anual da Apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar do pagamento da última fatura, sendo vedado qualquer adiantamento a título de lucros, resultado ou excedente técnico.
8. Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao Grupo Segurado.
9. A participação no Excedente Técnico está condicionada a que a Apólice tenha apresentado, durante o período de apuração, uma média mensal mínima de 500 (quinhentos) Segurados Principais.
10. O percentual do Excedente apurado será distribuído ao Estipulante até o limite de sua contribuição no pagamento dos prêmios da Apólice. O eventual excesso sobre tal contribuição, que pode ser nulo, será distribuído entre os Segurados Principais, mediante sorteio público, em cotas cujo valor será definido entre o Estipulante e a Seguradora.
 - 10.1 Participarão do sorteio apenas os Segurados Principais cuja cobertura estava em vigor no último mês do período de apuração.
 - 10.2 Serão deduzidos no Excedente Técnico, no ato de seu pagamento, todos os impostos ou taxas que, por lei, a Seguradora for obrigada a recolher.
11. A Distribuição do Excedente Técnico fica condicionada à renovação da Apólice, na Seguradora, e que esteja ela em vigor na data da apuração do resultado.

OUVIDOR

Atuar, na relação contratual com a Seguradora, de forma isenta e independente, com caráter mediador, pedagógico e estratégico, na defesa dos direitos dos consumidores e atuar como canal de comunicação entre a seguradora e os consumidores de seus produtos e serviços, esclarecendo, prevenindo e solucionando conflitos.

O Ouvidor recebe as manifestações dos consumidores que não foram solucionadas em primeira instância, por outros canais de atendimento e de apoio ao consumidor.

CANAIS DE ACESSO

Ouvidoria: 0800 775 1079 ou pelo site www.mapfre.com.br

Ouvidoria para deficientes auditivos ou de fala: 0800 962 7373

Horário de atendimento: das 8h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.



A atuação ética é um dos princípios institucionais do GRUPO BB E MAPFRE.

Para garantir ainda mais a segurança e tranquilidade aos clientes, a MAPFRE Seguros divulga o serviço de DISQUE DENÚNCIA, um importante meio de prevenção e redução de fraudes.

Um canal aberto para você fazer denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de fraudes relacionadas ao seu Seguro, com sua identidade mantida em total sigilo.

Pela coragem e respeito por você, busca-se constantemente a transparência nos processos e produtos.