



CONDIÇÕES GERAIS DO PLANO DE SEGURO DE PESSOAS – CAPITAL GLOBAL

1. DEFINIÇÕES	3
2. OBJETIVO DO SEGURO	14
3. GARANTIAS DO SEGURO (RISCOS COBERTOS).....	14
4. RISCOS EXCLUÍDOS.....	14
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	17
6. CARÊNCIA E FRANQUIA	17
7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO	18
8. VIGÊNCIA.....	20
9. RENOVAÇÃO DO SEGURO	21
10. CAPITAL SEGURADO GLOBAL E INDIVIDUAL	22
11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DOS CAPITAIS SEGURADOS E PRÊMIOS	23
12. PAGAMENTO DE PRÊMIO.....	24
13. REAVALIAÇÃO DE TAXA	26
14. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO	27
15. CANCELAMENTO DO SEGURO.....	27
16. CESSAÇÃO DAS COBERTURAS	28
17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	29
18. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	32
19. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	33
20. DEFINIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS	35
21. ALTERAÇÃO CONTRATUAL.....	36
22. REGIME FINANCEIRO.....	37
23. FRACIONAMENTO DE PRÊMIOS.....	37
24. FORO CONTRATUAL.....	40
25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	40
26. ESTIPULANTE – VÍNCULOS E OBRIGAÇÕES.....	41
27. ÍNDICE MÍNIMO DE SEGURADOS PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO	42
28. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS	43



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

29.	CLÁUSULA ADICIONAL E SUPLEMENTAR.....	43
30.	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES AO PLANO DE SEGURO	43
31.	PRESCRIÇÃO	44
32.	RATIFICAÇÃO	45



1. DEFINIÇÕES

Para fins deste contrato de seguro, definir-se-á por:

1.1 Acidente Pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez do Segurado, observado ainda que:

1.1.1 Incluem-se nesse conceito:

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

1.1.2 Excluem-se desse conceito:

- a) **as doenças, incluídas as profissionais, moléstias ou enfermidades, qualquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas, entretanto, as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- b) **as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-Musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT,**

Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhados, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido nestas Condições Gerais.

1.2 Agravamento de Risco: E toda e qualquer ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance da ocorrência do sinistro.

1.3 Aditivo: Equivalente ao endosso, é o termo utilizado para definir instrumento do contrato de plano de seguro utilizado para proceder alterações na apólice.

1.4 Apólice: É o documento escrito, emitido pela Seguradora e assinado pelo seu representante legal, que instrumentaliza o contrato de seguro entre a Seguradora e o Estipulante, e que é integrado, de modo indissolúvel, por estas Condições Gerais, pelas Condições Particulares e pelas Condições Especiais que tiverem sido efetivamente estipuladas. A apólice prova a aceitação e o conteúdo do contrato de seguro por parte da Seguradora.

1.5 Atividade Profissional: É a ocupação profissional declarada pelo Segurado, reconhecida legalmente, da qual ele aufera seu rendimento e provém seu sustento.

1.6 Atividade Laborativa Principal: É aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual.

1.7 Ato Ilícito: Ação ou omissão voluntária, por negligência, por imprudência ou por imperícia que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

1.8 Atualização monetária: É o mesmo que correção monetária, sendo neste plano aplicada: ao valor da indenização, que será atualizada da data do evento até a data do

efetivo pagamento; e aos capitais segurados e prêmios, que serão atualizados anualmente; em conformidade com estas Condições Gerais.

1.9 Aviso de Sinistro: É a comunicação à Seguradora da ocorrência de evento coberto por este Seguro, conforme previsto na Apólice, Certificado Individual e/ou Condições Particulares.

1.10 Beneficiário: É a pessoa física ou jurídica, previamente designada pelo Segurado, a quem deve ser paga a indenização, em caso de sinistro coberto.

1.11 Boa Fé: Princípio básico de qualquer contrato, principalmente no contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua entre as partes envolvidas. Este princípio obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato de seguro. Neste conceito inclui-se a obrigação do segurado de prestar informações verdadeiras na proposta de adesão e durante a vigência de todo o contrato de seguro, declarando, também no decorrer da apólice, qualquer alteração no risco.

1.12 Caducidade do seguro: É a anulação de sua cobertura em consequência de faltas ou infrações cometidas pelo Segurado, em descumprimento às condições da apólice ou às leis vigentes.

1.13 Capital Segurado: É a importância máxima estabelecida para cada garantia deste Seguro, a ser paga em caso de ocorrência de evento coberto.

1.14 Carregamento: Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

1.15 Certificado Individual: Documento que será enviado a cada Componente Principal contendo como elementos mínimos a data do início e término de vigência e os Capitais Segurados de cada garantia contratada relativa ao Componente Principal e aos Componentes Dependentes além do prêmio total.

1.16 Coberturas de Risco: Coberturas do plano de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada.

1.17 Companheiro(a): Pessoa que se une a outra e que se apresente à Seguradora como se fosse legitimamente casado(a), formando uma entidade familiar.

1.18 Componentes Dependentes: São o cônjuge/companheiro(a), filhos, pais, irmãos, e os demais assim considerados pela legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, desde que não sejam seguráveis como Componentes Principais.

1.19 Componentes Principais: São as pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante.

1.20 Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

1.21 Condições Especiais: São condições que especificam as diferentes modalidades de cobertura e garantias adicionais que podem existir dentro de um mesmo plano de seguro.

1.22 Condições Gerais: Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem direitos e obrigações tanto da Seguradora quanto do Segurado, do Estipulante e dos Beneficiários deste seguro.

1.23 Condições Particulares: São as condições que particularizam o contrato, indicando o seu objeto, valor do Seguro, características, etc.. As Condições Particulares são exclusivas para cada contrato de comercialização de um determinado plano de seguro, ao contrário das Condições Gerais.

1.24 Consignante: pessoa jurídica responsável, exclusivamente pela efetivação de desconto em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondente, aos prêmios devidos pelos Segurados.

1.25 Contrato: Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano de seguro coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da Seguradora, dos Segurados e do(s) beneficiário(s).

1.26 Corretor: É a pessoa física ou jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros. 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.

1.27 Data de Exigibilidade: É a data de caracterização do sinistro, definida de acordo com as condições gerais de cada uma das coberturas contratadas na apólice.

1.28 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.

1.29 Declaração Pessoal de Saúde e Atividade: Declaração legal e formal, na qual o proponente presta as informações e declarações sobre o seu estado de saúde e de atividade profissional exercida, sob sua responsabilidade e sob as penas previstas no art. 766 do Código Civil Brasileiro, para avaliação do risco pela Seguradora.

1.30 Doenças e Lesões Preexistentes e suas Consequências: 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 e não declaradas na proposta de contratação ou de

adesão ao seguro. Caracteriza-se, ainda, quando o Segurado omite tratamento realizado na contratação do plano de seguro.

1.31 Dolo: É toda espécie de artifício, engano ou manejo astucioso promovido por uma pessoa, com a intenção de induzir outrem a prática de um ato jurídico, em prejuízo deste e proveito próprio ou de outrem, ou seja, é um ato de má-fé, fraudulento, visando a prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro.

1.32 Endosso: Documento através do qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.

1.33 Estipulante: É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do plano coletivo ficando investida dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, nos termos da legislação e regulamentação em vigor cujos atos constitutivos admitem a estipulação e a administração de planos de seguro, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar total ou parcialmente do custeio do seguro, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

1.34 Evento Coberto: É o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível, descrito nas garantias e ocorrido durante a vigência do Seguro.

1.35 Excedente Técnico: Saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período definido na apólice.

1.36 Fator de cálculo: Resultado numérico, calculado mediante a utilização de taxa de juros e tábua biométrica, quando for o caso, utilizado para obtenção do valor do capital segurado pagável em forma de renda.

1.37 Franquia: É um valor inicial do Capital Segurado ou um período em dias, pelo qual o Segurado fica responsável como Segurador de si próprio. Este valor ou número de dias estarão definidos nas Condições Particulares de cada contrato.

1.38 Formulário de Aviso de Sinistro: O documento pelo qual é formalizada a comunicação da ocorrência de um sinistro à Seguradora, devidamente assinada pelo solicitante.

1.39 Foro: Âmbito geográfico ou local de disputas judiciais, relativas à responsabilidade do Segurado e do Segurador, decorrentes ou de descumprimento de contrato de seguro ou de danos pessoais e/ou materiais causados a terceiros em consequência do uso de seus produtos.

1.40 Garantia: É a designação genérica dos riscos cobertos pelo seguro e assumidos pela Seguradora, nos termos destas Condições Gerais, sendo também este termo empregado como sinônimo de cobertura.

1.41 Grupo Segurado: É aquele constituído pelos Componentes do Grupo Segurável que foram incluídos neste seguro.

1.42 Grupo Segurável: É aquele constituído pela totalidade dos Componentes Principais e dos Componentes Dependentes.

1.43 Indenização: É o montante do Capital Segurado que a Seguradora efetivamente paga ao Segurado ou a seus Beneficiários em decorrência de um evento coberto por este Seguro.

1.44 Indexador: É o índice adotado para atualização monetária dos valores relativos a este plano de seguro, na forma estabelecida nestas Condições Gerais.

1.45 Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.



1.46 Início de Vigência da Cobertura Individual: É a data a partir da qual a Seguradora assume a cobertura dos eventos previstos nestas condições gerais para cada Segurado.

1.47 Juros de mora: É a multa contratual em face do pagamento do prêmio ou da indenização em atraso, estabelecida nos termos destas Condições Gerais.

1.48 Limite de Retenção: É o valor básico de retenção, que a Seguradora deve adotar em cada ramo de seguro ou modalidade que operar fixado pela ciência atuarial.

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

1.50 Migração da apólices: A transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

1.51 Natimorto: É a criança que nasce morta.

1.52 Nota Técnica Atuarial: Documento que contém a descrição e o equacionamento previamente à sua comercialização.

1.53 Nulidade: Defeito ou vício próprio do ato nulo, do ato que natimorto e, por isso, não tem qualquer valia jurídica. É, portanto, o ato, que não pode produzir qualquer espécie de efeito jurídico.

1.54 Parâmetros Técnicos: A taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

1.55 Partes contratantes: São os Segurados, Estipulante e a Seguradora.

1.56 Período de Cobertura: É o período durante o qual o Segurado ou os Beneficiários farão jus aos benefícios do plano de Seguro contratado.

1.57 Plano de seguro: É o conjunto de direitos e obrigações descritos nas Condições Gerais do seguro, em consonância como o disposto na respectiva Nota Técnica Atuarial. Os documentos que compõem um plano de seguro são: a Nota Técnica Atuarial e as Condições Contratuais.

1.58 Prazo de Carência: É o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

1.59 Prêmio: É cada um dos pagamentos efetuados pelo Segurado e/ou Estipulante à Seguradora, para o custeio deste Seguro. O pagamento em dia do prêmio integral ou das parcelas vencidas antes da ocorrência do sinistro é imprescindível para que o Segurado e/ou o Beneficiário possam fazer jus às garantias deste seguro.

1.60 Prêmio Comercial: Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

1.61 Prêmio Puro: Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de apólice, se houver.

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

1.63 Proponente: É a pessoa física, componente do Grupo Segurável, que propõe a sua adesão ao Seguro e que passará a condição de Segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora.

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

1.65 Proposta de Contratação: Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco em que o Estipulante, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar cobertura(s) direcionadas às pessoas a ele vinculados, manifestando pleno conhecimento das condições gerais e especiais da apólice.

1.66 Proposta de Seguro: É o documento mediante o qual o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações, conforme estabelecidos nestas Condições Gerais.

1.67 Provisão de sinistros a liquidar: reserva técnica comprometida, relativa ao(s) valor(es) do(s) sinistro(s) já ocorrido(s) e avisado(s), mas ainda não indenizado(s).

1.68 Provisão matemática de benefícios: Valor atual dos compromissos da Seguradora para com o Segurado ou beneficiários durante o período de pagamento das indenizações em forma de renda.

1.69 Reabilitação do Seguro: É o restabelecimento das coberturas contratadas em função da aceitação da Seguradora, com o pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, desde que previsto nas condições do plano de seguro.

1.70 Regime Financeiro de Repartição Simples: A estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados do plano de seguro, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

1.71 Reintegração do capital segurado: Recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.

1.72 Regulação de Sinistro: É o exame, das suas causas e circunstâncias a fim de se caracterizar o risco ocorrido e, em face dessas verificações, se concluir sobre a cobertura, bem como se o Segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.

1.73 Renda: Série de pagamentos periódicos a que tem direito o assistido (ou assistidos), de acordo com a estrutura do plano de seguro.

1.74 Renovação: É o restabelecimento ou a continuidade da cobertura de um plano de seguro, geralmente por meio da emissão de nova apólice, nas mesmas condições que vigoravam anteriormente ou sob novas condições, neste último caso sempre que tenha havido alterações no objeto do seguro, no interesse segurado ou nas bases tarifárias do plano de seguro.

1.75 Riscos Excluídos: São aqueles riscos, previstos na condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano de seguro.

1.76 Seguradora: É a Segurado autorizada a operar no ramo de seguro de pessoas e/ou acidentes pessoais, a qual se responsabilizará pelas garantias deste plano de seguro.

1.77 Segurados: São os componentes do Grupo Segurado.

1.78 Seguro de pessoas: Os seguros que provêm cobertura a danos pessoais sofridos pelos Segurados, na forma regulada pela SUSEP.

1.79 Sinistro: Termo que define o acontecimento do evento previsto e coberto no contrato de seguro.



2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1 O presente plano de seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), até o limite dos respectivos capitais segurados, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos previstos nas garantias contratadas, observadas estas Condições Gerais, as Condições Especiais e as Condições Particulares, expressamente convencionadas.

2.2 O custo deste plano de seguro é **TOTALMENTE** pago pelo Estipulante, ou seja, os Segurados não contribuem com nenhuma parte do respectivo prêmio.

2.3 O registro deste plano de seguro na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

3. GARANTIAS DO SEGURO (RISCOS COBERTOS)

3.1 A(s) cobertura(s) oferecida(s) por este plano de seguro e contratada(s) pelo Estipulante encontra(m)-se disciplinada(s) na(s) Condições Especiais, que faz(em) parte integrante e complementar destas Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão excluídos da cobertura deste Seguro, além dos riscos conceituados anteriormente, os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

- a)** uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição à radiações nucleares ou ionizantes;
- b)** de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de terrorismo, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, golpe militar ou usurpação de poder, sublevação ou outras



- perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) quaisquer alterações mentais, perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, incluídas as decorrentes de consumo de álcool, de entorpecentes, de substâncias tóxicas ou de drogas, a menos que estas tenham sido objeto de prescrição médica para o tratamento recomendado por médico legalmente habilitado;**
 - d) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;**
 - e) de lesões ou doenças preexistentes à contratação do plano de seguro, que sejam de conhecimento do segurado na data de contratação do plano de seguro que não tenham sido declaradas pelo Segurado na proposta de adesão;**
 - f) competições em aeronaves e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;**
 - g) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
 - h) lesão intencionalmente auto-infligida, suicídio voluntário e premeditado ou qualquer intenção e tentativa de suicídio voluntária e premeditada, independente da sanidade mental do Segurado ocorrida nos primeiros 02 (dois) anos de seguro ou da sua recondução depois de suspenso;**
 - i) choque anafilático e suas consequências;**
 - j) voo em aeronaves, exceto quando seja como passageiro pagando passagem em uma aeronave de asa fixa que pertença e seja operada por uma linha aérea ou companhia de frete de aeronaves devidamente autorizada para prover o transporte aéreo regular de passageiros;**
 - k) condução de qualquer tipo de veículo pelo Segurado enquanto o nível de álcool em seu sangue exceda o nível permitido pela lei do país onde ocorra o acidente coberto.**
 - l) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro.**



- m) atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes nos seguros contratados por pessoas jurídicas.**
- n) lesões por esforço repetitivo (L.E.R.) e doenças relacionadas ao trabalho (D.O.R.T.);**
- o) doenças de conhecimento do segurado e não declaradas na Proposta (doenças preexistentes);**
- p) de acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;**
- q) de intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;**
- r) de qualquer tipo de hérnia e suas consequências, exceto as hérnias da coluna quando houver fratura e/ou luxação; do parto, o aborto e suas consequências;**
- s) das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;**
- t) das moléstias ou doenças crônicas decorrentes de picada de insetos.**

4.2 Não obstante o descrito nos itens “b”, “d” e “e” estará coberto por este plano de seguro os sinistros em consequência da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

4.3 Tendo em vista que este contrato garante o pagamento de um capital pré-determinado em virtude da ocorrência de sinistros cobertos, de acordo com as coberturas contratadas, nenhuma indenização será devida seja a que título for diferente das previstas, ainda que decorrentes de eventos cobertos. Não estão garantidas indenizações para danos morais, danos estéticos, lucros cessantes, interrupção de renda, pensionamento, perdas e danos, entre outras.



5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1 O âmbito geográfico das coberturas será em todo globo terrestre, salvo disposição em contrário discriminado nas condições especiais, particulares ou na especificação da respectiva apólice.

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

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1 Respeitado o que estabelece o subitem 6.3 destas Condições Gerais, a Seguradora poderá adotar carência para coberturas contratadas. Nestes casos estarão estabelecidas e expressas na proposta de adesão de cada risco individual, em período anterior ao início de vigência, e com prévia anuência do Segurado.

6.2 O período de carência, quando existir:

- **deverá haver prévia e expressa anuência do Segurado;**
- **será de no máximo 02 (dois) anos;**
- **não excederá metade do prazo previsto na apólice e/ou no certificado individual do Segurado, exceto para o caso de suicídio o sua tentativa;**
- **estará fixado no contrato, na proposta de contratação, na proposta de adesão e no certificado individual do Segurado, com expressa menção nas Condições Gerais e na Nota Técnica Atuarial;**
- **iniciará concomitantemente com o início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspenso;**
- **não será reiniciado em caso de renovação da apólice ou em caso da migração de Segurados comprovadamente já incluídos anteriormente no plano de**

seguro pelo contrato anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

6.3 No caso de acidente pessoal não há aplicação de qualquer tipo de carência, exceto para o caso de suicídio ou sua tentativa, quando o período de carência corresponderá a 02 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação ou adesão ao plano de seguro, ou da sua recondução depois de suspenso.

7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

7.1 Este plano admite a contratação de 02 (dois) tipos de Grupos Seguráveis:

7.1.1 Grupo I – Segurados Garantidos por Vínculo Empregatício

a) Grupo de pessoas físicas com vínculo empregatício junto ao Estipulante ou Subestipulante e que, na data da ocorrência de qualquer sinistro coberto constem da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e/ou Informações à Previdência Social (GFIP) do Estipulante ou Subestipulante deste seguro.

7.1.2 Grupo II – Segurados Garantidos por Vínculo Empregatício e/ou Societário

a) Grupo de pessoas físicas com vínculo empregatício e/ou nomeados como sócios do Estipulante ou Subestipulante, e que na data da ocorrência de qualquer sinistro coberto constem da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e/ou Informações à Previdência Social (GFIP) ou do contrato social do Estipulante ou Subestipulante deste seguro.

7.2 Serão considerados como Segurados Garantidos, os grupos formados por Segurados Ativos de:

- a) Empregados do Estipulante ou Subestipulante;
- b) Sócios Nomeados em contrato social do Estipulante ou Subestipulante;
- c) Prestadores de Serviços, Associados e Cooperados do Estipulante ou Subestipulante, desde que constem da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por

Tempo de Serviço (FGTS) e/ou Informações à Previdência Social (GFIP) do Estipulante ou Subestipulante deste seguro.

d) A aceitação deste seguro está sujeita a análise do risco pela Seguradora.

7.3 Salvo quando por estipulação expressa em contrário na apólice, a adesão deste seguro estará restrita a pessoas com idade de 16 (dezesesseis) a 64 (sessenta e quatro) anos e com vínculo com o Estipulante e/ou Subestipulante.

7.4 Quando se tratar de grupos de estipulação para Subestipulante, a adesão individual de cada Subestipulante à apólice coletiva dar-se-á com a assinatura do proponente Subestipulante na proposta de contratação do seguro. Além de outras informações do proponente Subestipulante, conterà da referida proposta de contratação, a expressa declaração do conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

7.5 A proposta de contratação deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. Caberá à sociedade Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta de contratação por ela recepcionada, com a indicação da data e hora de seu recebimento.

7.6 Na proposta de contratação deverá conter as informações sobre o grupo segurável, inclusive sobre o afastamento de empregados ou sócios por doença ou acidente.

7.7 Após o protocolo, a Seguradora terá o prazo limite de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a aceitação de qualquer proposta de contratação, seja para seguros novos ou renovações, bem como alterações que impliquem modificação de riscos já aceitos pela Seguradora.

7.8 Para análise e aceitação de cada risco ou alteração, poderá a Seguradora solicitar documentos complementares. Contudo, tal solicitação só poderá ser feita durante o prazo especificado no item 7.7, acima, e numa única vez. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação solicitada.

7.9 Em caso de não aceitação de qualquer proposta de contratação, a Seguradora comunicará por escrito, justificando os motivos da recusa.

7.10 A ausência de manifestação, por escrito, no prazo limite previsto pelo item 7.7, acima, caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.

7.11 Havendo a recusa do risco e tendo ocorrido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento será devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura concedida pela Seguradora, corrigido monetariamente pelo IGPM desde a data do pagamento até a data da efetiva restituição pela Seguradora.

7.12 Nos casos em que houver estipulação única para Subestipulante(s), a Seguradora emitirá e enviará ao(s) Subestipulante(s) aceito(s) o(s) certificado(s) individual(is), no início do contrato e em cada uma das renovações subseqüentes. O certificado conterà data de início e término de vigência da cobertura individual de cada Subestipulante e o capital segurado de cada cobertura relativa ao grupo segurável, além do prêmio total.

7.13 É facultado à Seguradora solicitar, quando da assinatura da proposta de contratação ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, que o proponente ou o Segurado Estipulante/Subestipulante informe sobre a contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

7.14 Para menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas com o reembolso de despesas.

8. VIGÊNCIA

8.1 Salvo quando por estipulação expressa em contrário, a vigência dos contratos de seguro será de 01 (um) ano.

8.2 O início e término de vigências individuais contidas em apólices e endossos serão às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas nestes documentos para tal fim.

8.3 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

8.4 Para proposta recepcionada sem pagamento de prêmio ou sem adiantamento de valor para pagamento futuro, parcial ou total, do prêmio, o início de vigência da cobertura de seguro ocorre a partir da data de aceitação da proposta, ou de data distinta quando expressamente acordado entre as partes do contrato de seguro.

8.5 Para proposta recepcionada com pagamento de prêmio ou com adiantamento de valor para futuro pagamento, parcial ou total do prêmio, o início de vigência da cobertura de seguro ocorre a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

8.6 ATENÇÃO - Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora à faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

9. RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1 A recondução automática das garantias e condições deste seguro dar-se-ão de uma única vez no aniversário da primeira vigência do seguro. As renovações posteriores serão feitas, obrigatoriamente, de forma expressa pelo Estipulante e/ou Subestipulante.



9.2 A renovação expressa poderá se efetivar quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada pelo Estipulante e/ou Subestipulante e que as condições não implique em ônus ou dever para os Segurados ou ainda redução de seus direitos.

9.3 Caso haja, na renovação, alteração da apólice e de suas condições contratuais, que implique em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, esta deverá ser realizada mediante anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado.

9.4 A renovação automática não se aplica aos contratos em que o Estipulante e/ou Subestipulante ou a Seguradora comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

9.5 As garantias deste seguro têm vigência por prazo determinado, e assim, é da faculdade da Seguradora não renovar este contrato na data do seu vencimento, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias que antecedam o fim de vigência da apólice.

10. CAPITAL SEGURADO GLOBAL E INDIVIDUAL

10.1 Capital Segurado Global

10.1.1 É o valor total determinado na proposta de contratação pelo Estipulante, no início da vigência do seguro, para garantir os valores das coberturas contratadas para todo grupo segurado (sócios, diretores e/ou funcionários), podendo sofrer alterações, a pedido do Estipulante, para atender as necessidades de capital segurado decorrentes da variação do número de vidas em decorrência de inclusões e exclusões de Segurados, durante a vigência da apólice, observadas as normas destas Condições Gerais.

10.1.2 O capital segurado global de cada cobertura e para cada categoria funcional contratada, caso seja indicada tal diferenciação, será estabelecido nas Condições Contratuais.

10.1.3 Para efeito de determinação do capital segurado e da respectiva responsabilidade da Seguradora, considerar-se-á como data do evento:

- a data do falecimento, para a garantia de morte do Segurado; e
- para as demais coberturas, quando contratadas, a data do evento estará estabelecida nas Condições Especiais de cada cobertura.

10.1.4 O Capital Segurado dos dependentes em quaisquer garantias contratadas não poderá em hipótese alguma ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado.

10.1.5 O Capital Segurado Global e prêmio serão atualizados conforme o item 11 (Atualização Monetária dos Capitais Segurados e Prêmios), destas Condições Gerais.

10.2 Capital Segurado Individual

10.2.1 O Capital Segurado Individual é determinado, na data do evento coberto, pela divisão do valor total do Capital Segurado Global contratado pelo Estipulante, para cada uma das respectivas categorias funcionais, de acordo com a opção estabelecida na proposta de contratação, em conformidade com os subitens 7.1.1 e 7.1.2 (Condições de Aceitação) e considerando-se os Segurados ativos e afastados, composto pelo Grupo de Funcionários e/ou Grupo de Sócios e Diretores Estatutários, conforme definido destas Condições Gerais.

11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DOS CAPITAIS SEGURADOS E PRÊMIOS

11.1 O capital segurado de todas as garantias contratadas, bem como os respectivos prêmios, será atualizado anualmente, pelo Índice de Preços ao



Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), acumulada nos 12 (doze) meses que antecedem a data de aniversário da apólice, ressalvado ainda o que estabelecem as condições contratuais do seguro.

11.2 Para seguros com vigência anual, a data de atualização, tanto dos capitais segurados, quanto dos prêmios, coincidirá com a data de renovação do seguro, se houver. Para seguros com vigência superior a 01 (um) ano, os capitais segurados e prêmios serão atualizados anualmente, na data de aniversário da apólice.

11.3 Na hipótese da extinção do Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), será definido como índice substituto para a atualização monetária o Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV).

11.4 Para os casos de seguros com estipulação para Subestipulantes, a atualização monetária constará de cada certificado do Subestipulante a ser emitido e encaminhado pela Seguradora.

11.5 Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, o capital seguro será atualizado pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do evento gerador.

12. PAGAMENTO DE PRÊMIO

12.1 O custeio deste seguro será “Não Contributário” (instituído), ou seja, os prêmios serão pagos exclusivamente pelo Estipulante ou Subestipulante do seguro, e assim sem qualquer participação no pagamento pelos Segurados.

12.2 O prêmio deste seguro será pago mensalmente e antecipadamente ao período de cobertura, salvo por expressa menção em contrário nas condições

contratuais de cada apólice, quando serão adotadas as condições de fracionamento de prêmio previstas pelo item 23 (Fracionamento de Prêmios) destas Condições Gerais.

12.3 O pagamento do prêmio será feito à Seguradora por intermédio da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei e os prêmios poderão ser pagos 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 estabelecido nas condições contratuais.

12.4 Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado até a data limite estipulada, o direito à indenização não ficará prejudicado.

12.5 Quando a data fixada para o pagamento ocorrer em dia sem expediente bancário, a quitação do prêmio devido poderá ocorrer no primeiro dia útil em que houver o expediente bancário.

12.6 Em caso de seguros com pagamento postecipado, a data limite para pagamento da primeira parcela do prêmio não pode ultrapassar o 30º (trigésimo) dia da emissão da apólice, da fatura ou conta mensal, ou qualquer outro documento que resulte em cobrança de prêmio.

12.7 O Estipulante ou Subestipulante não recebendo o referido documento de cobrança até a data limite de vencimento deverá efetuar o pagamento do prêmio mediante depósito bancário na conta da Seguradora, indicada pelo documento de cobrança anterior, o que deve ser feito antes do início de vigência do novo período de cobertura do seguro.

12.8 IMPORTANTE – Os termos das condições previstas por este item prevalecem sobre quaisquer outras condições que os contrariem e/ou que os contradigam.

13. REAVALIAÇÃO DE TAXA

13.1 Fica previamente entendido e concordado que, além da atualização automática prevista pelo item 11 (Atualização Monetária dos Capitais Segurados e Prêmios) destas Condições Gerais, a cada renovação do seguro, os prêmios do Estipulante e/ou do Subestipulante serão ajustados conforme o resultado da relação percentual entre os sinistros incorridos e os prêmios pagos por cada Estipulante e/ou Subestipulante, apurados dentro de um mesmo período.

13.2 A partir da relação percentual e do período de renovação contínua de cada Estipulante e/ou Subestipulante, os índices de correção dos prêmios anuais serão os seguintes:

13.3 Para fins do que estabelece o item 13.2 acima, considera-se como renovação todo o contrato anual, continuado, emitido pela Seguradora, seqüencialmente, a partir da primeira proposta de contratação aceita em nome do Estipulante e/ou Subestipulante contratante deste seguro.

13.4 Também, para fins do que estabelece o item 13.2 acima, consideram-se como sinistros incorridos a soma dos valores de sinistros pagos e os valores devidos pela Seguradora para cada Estipulante e/ou Subestipulante, apurados em idêntico período de apuração do prêmio pago pelos mesmos.

13.5 Fica também entendido e concordado que, a definição dos percentuais de correção prevista pelo item 13.2 acima, em nenhuma hipótese, exclui a faculdade de não renovação deste seguro, previsto conforme item 9.4 (Renovação do Seguro) destas Condições Gerais.

14. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

14.1 Ressalvado o que dispõe o subitem 12.4 (Pagamento do Prêmio) destas Condições Gerais, se após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas do seguro estarão automaticamente suspensas a partir das 24 (vinte e quatro) horas do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança, ficando o Segurado e seus beneficiários sem direito a receber indenização referente a qualquer garantia contratada no caso de ocorrência do sinistro.

14.2 A suspensão das coberturas do seguro dar-se-á por um período máximo de 90 (noventa) dias, contado das 24 (vinte e quatro) horas da data de vencimento do prêmio devido e não pago.

14.3 Durante o período de 90 (noventa) dias o Estipulante e/ou Subestipulante poderá(ão) reabilitar as coberturas do seguro, com o pagamento do prêmio pelo período a decorrer. Expirado este prazo fica o contrato automaticamente cancelado.

14.4 A reabilitação das coberturas da apólice ou certificado dar-se-á a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Estipulante e/ou Subestipulante retomar(em) o pagamento do prêmio, respondendo a sociedade Seguradora por todos os sinistros ocorridos a partir desta data. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, com percentual de juros de 1% (um por cento) ao mês, acrescidos de multa moratória de 2% (dois por cento) sobre o montante devido.

14.5 No caso da reabilitação da apólice é vedada a cobrança pela Seguradora dos prêmios referentes ao período em que as garantias do seguro ficaram suspensas.

14.6 Aos casos de fracionamento de prêmio, não se aplica a suspensão de cobertura.

15. CANCELAMENTO DO SEGURO



15.1 Decorridos 90 (noventa) dias da suspensão das coberturas sem que haja a retomada do pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações a partir da data de inadimplência, independente de notificação.

15.2 O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes e com a anuência prévia e expressa de Segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado.

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

16. CESSAÇÃO DAS COBERTURAS

16.1 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual de cada Segurado cessa automaticamente no final do período de vigência da apólice, se esta não for renovada.

16.2 Na hipótese do Segurado, seus prepostos ou beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dar-se-á automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição de prêmios, ficando a sociedade Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

16.3 Exclusivamente para contratos de seguros, estabelecidos por pessoa jurídica, a caducidade referida no item 16.2, acima, se estende às ações de dolo, fraude ou simulação quando praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores legais, beneficiários e aos respectivos representantes.

16.4 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa:

- com a morte do Segurado;
- automaticamente, com o cancelamento da apólice;
- automaticamente, na data em que houver o desaparecimento de vínculo entre o Segurado e o Estipulante, salvo nos casos de aposentadoria verificados por “Tempo de Serviço” e desde que o Segurado manifeste o desejo de continuar no seguro, assumindo ele próprio o custo total do prêmio, sendo ainda imprescindível à expressa concordância do Estipulante sobre a questão, para que a Seguradora formalize a alteração;
- por solicitação escrito do Segurado ao Estipulante, de que o mesmo não deseja continuar no seguro; e
- quando o Segurado deixar de contribuir com sua parte do prêmio.

17. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

17.1 A partir da ocorrência de qualquer evento contratado pelo seguro e garantido como risco coberto, caracteriza-se a ocorrência de um sinistro.

17.2 O limite máximo de indenização de cada Segurado vinculado a cada Estipulante ou Subestipulante será igual ao resultado da aplicação dos seguintes critérios:

$$\text{Capital Segurado Individual} = \left(\frac{\text{Capital Segurado Global}}{\text{Número de Segurados Vinculados}} \right) \times \text{Coeficiente de Indenização}$$

Em que:

CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL (CSI) – É a parte individual do valor do Capital Segurado Global, que representa o Limite Máximo de Indenização, por cobertura, de cada segurado.

CAPITAL SEGURADO GLOBAL (CSG) – Valor estabelecido pelo Estipulante ou Subestipulante para determinada cobertura.

NÚMERO DE SEGURADOS VINCULADOS (NSV) – Grupo de pessoas físicas, que são vinculadas ao Estipulante ou Subestipulante e que por isto têm direito à indenização proporcional ao capital segurado global expresso pelo contrato de seguro.

COEFICIENTE DE INDENIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO (CIC) – É o índice, previamente estabelecido pelo Estipulante ou Subestipulante, que identifica o Limite Máximo de Indenização, por cobertura, para cada Segurado.

17.3 Na ocorrência de qualquer sinistro e que possa acarretar responsabilidade de indenização pela Seguradora, o Segurado ou seu(s) beneficiário(s) devem comunicar, dentro do menor tempo possível, o sinistro à Seguradora, provando satisfatoriamente sua ocorrência através da entrega dos documentos listados no item 18 (Documento para Regulação e Liquidação dos Sinistros) destas Condições Gerais.

17.4 A comunicação realizada por carta, correio eletrônico ou telegrama deve informar data, hora, local e causa do sinistro, não eximindo, entretanto, o Segurado ou beneficiário(s) da obrigação de apresentação posterior do formulário “Aviso de Sinistro” previsto pelo item 18 (Documento para Regulação e Liquidação dos Sinistros) destas Condições Gerais.

17.5 Com a entrega da documentação listada no item 18 (Documento para Regulação e Liquidação dos Sinistros) destas Condições Gerais à Seguradora, esta terá o prazo de até 30 (trinta) dias para promover a regulação do sinistro e providenciar o pagamento da indenização que for devida pelas condições e coberturas contratadas.

17.6 No caso de dúvida fundada e justificável, é facultado à Seguradora solicitar documentos e/ou informação complementares durante o prazo de regulação do sinistro. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto pelo subitem 17.5, acima, será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.



17.7 O não pagamento da indenização no prazo previsto pelos subitens 17.5 e 17.6, anteriores, implica na aplicação de juros de mora equivalentes a 3%a.m. (três por cento ao mês), sem prejuízo de sua atualização, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado pelos subitens 17.5 e 17.6, anteriores.

17.8 Sem obstar o que estabelece o subitem 17.7, acima, o não cumprimento do prazo estabelecido nos subitens 17.5 e 17.6, anteriores, sujeita à Seguradora a atualização monetária sobre o valor devido para a indenização. A referida atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGPM/FGV), publicado em data anterior à exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação do sinistro.

17.9 Os valores relativos à atualização monetária e juros moratórios previstos nos subitens 17.7 e 17.8, anteriores, são devidos independente de notificação ou interpelação judicial, e serão feitos, de uma só vez, juntamente com os demais valores de indenização devida.

17.10 Em caso de reembolso de despesas efetuadas com eventos cobertos fora do território nacional, os encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

17.11 Em caso de morte decorrente de acidente, as indenizações das garantias de Morte e de Morte Acidental, desde que contratadas, se acumulam.

17.12 As indenizações pelas garantias de Morte e de IFPD não se acumulam.

17.13 As indenizações por Morte decorrente de Acidente e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte Acidental, quando contratada a garantia de Morte Acidental, deduzida a importância já paga por

Invalidez Permanente por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

18. DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

18.1 Os documentos básicos, necessários para a liquidação de sinistro, que deverão ser encaminhados à Seguradora, são os abaixo indicados e aqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, sendo que em caso de cópia deverão ser autenticadas.

18.1.1 Para qualquer sinistro:

a) formulário de **aviso de sinistro da Seguradora**, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante e/ou Subestipulante, pelo(s) beneficiário(s) e pelo médico assistente.

18.1.2 Documentos do Segurado:

- a) cópia autenticada da **Carteira de Identidade e do CPF do Segurado**;
- b) comprovante de residência do Segurado e do(s) beneficiário(s);
- c) cópia da carteira de trabalho;
- d) cópia da Guia de Recolhimento do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS) e/ou Informações à Previdência Social (GFIP).

18.1.3 Documentos do(s) Beneficiário(s):

- a) cópia da carteira de Identidade, do CPF e do comprovante de residência do(s) beneficiário(s), quando maior(es) de 18 (dezoito) anos, ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 (dezoito) anos;
- b) cópia do Termo de Tutela ou , na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de beneficiário(s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe;
- c) cópia do Termo de Curatela, no caso de beneficiário(s) incapaz(es);



- d) em caso de cônjuge, além dos documentos indicados acima, providenciar cópia autenticada da Certidão de Casamento ou documento que comprove a união estável na data do evento, da Carteira de Identidade e da CPF;
- e) em caso de companheiro(a), além dos documentos indicados acima, providenciar cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou comprovante de dependente do INSS o uno Imposto de Renda ou ainda declaração em vida em comum passada em cartório feita pelo Segurado antes do Sinistro e declaração de duas testemunhas de que o Segurado vivia maritalmente, especificando data, e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.

18.1.4 Documentos dos Estipulantes:

- a) **No caso de funcionários:** Guia de Recolhimento de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço e Informações a Previdência Social (GFIP), com todos seus anexos, dos três meses anteriores ao do sinistro, bem como a do mês referente a admissão do funcionários;
- b) **No caso de Sócios e Diretores Estatutários:** a última alteração contratual devidamente registrada na Junta Comercial, bem como o primeiro Contrato Social ou a Alteração Contratual em que houve a admissão do Segurado na Sociedade ou quadro estatutário do Estipulante.

18.2 Não serão aceitos relatórios médicos, realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente de esta pessoa ser um médico habilitado.

18.3 Garantias Especiais:

18.3.1 Conforme definição das condições especiais de cada cobertura específica.

19. PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

19.1 O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

19.2 Se houver por parte do Segurado, seu representante ou seu corretor de seguros, declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio vencido;

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

I – na hipótese de não ocorrência de sinistro:

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

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

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

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

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



§ Único – Com base no que estabelece o artigo 769 do Código Civil e por se tratarem de itens relevantes na composição do prêmio correspondente, o Segurado deverá comunicar à Seguradora qualquer modificação nas declarações prestadas na proposta de seguro, principalmente no que diz respeito a:

- (a) **mudança de atividade principal;**
- (b) **iniciação de prática em esportes perigosos ou radicais pelos Segurados; e/ou**
- (c) **expectativa de ausência do(s) Segurado(s) do país por mais de 180 (cento e oitenta) dias consecutivos.**

19.4 Desde que o faça-nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento de aviso de agravamento do risco, a Seguradora poderá dar ciência, por escrito, ao Estipulante e/ou Subestipulante da sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível. Decidindo a Seguradora pelo cancelamento do seguro, este só terá validade após 30 (trinta) dias da notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

20. DEFINIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

20.1 Observadas as disposições legais em vigor, o Segurado é o responsável pela indicação da(s) pessoa(s) que será(ão) considerada(s) como a(s) beneficiária(s) deste seguro, ou seja, a(s) pessoa(s) a favor da(s) qual(is) será pago o capital segurado na eventualidade da morte do Segurado.

20.2 Respeitado o que estabelece o artigo 791 do Código Civil Brasileiro (Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002), a qualquer tempo, o Segurado poderá, a seu critério, incluir novo(s) ou substituir o(s) beneficiário(s) do seguro.

§ Único: A designação ou substituição passará a vigor a contar das 24 (vinte e quatro) horas da data de protocolo de recebimento pela Seguradora. Não sendo a Seguradora

cientificada formalmente da substituição pretendida pelo Segurado, desobrigar-se-á desta substituição, pagando o capital segurado ao(s) antigo(s) beneficiário(s).

20.3 Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

20.4 § Único: Na falta das pessoas indicadas neste item, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

20.5 É válida a instituição do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

20.6 Na contratação de coberturas adicionais que contemplem indenização para eventos diferentes da morte do Segurado, o Segurado será considerado como único beneficiário deste seguro. Comprovada a incapacidade legal do Segurado no recebimento da indenização, os direitos pela indenização serão transferidos a seu representante legal estabelecido.

20.7 É vedada a indicação de Estipulantes e/ou Subestipulantes como beneficiário dos Segurados individuais.

21. ALTERAÇÃO CONTRATUAL

21.1 Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita através de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a aceitação do seguro.

21.2 Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado.

22. REGIME FINANCEIRO

22.1 Este seguro está estruturado sob o regime financeiro de REPARTIÇÃO SIMPLES, e assim, não contempla resgates ou devoluções de prêmios pagos pelo Estipulante e/ou Subestipulante.

23. FRACIONAMENTO DE PRÊMIOS

Para os contratos emitidos com prêmio anual, este seguro permite o fracionamento do pagamento em até 10 (dez) vezes, de acordo com as seguintes condições:

23.1 A cobrança do prêmio à vista ou parcelada será efetuada por meio de documento emitido pela sociedade Seguradora, onde constarão: nome do Estipulante e/ou Subestipulante; valor do prêmio; data de emissão do documento de cobrança; número da apólice e/ou do certificado individual do Subestipulante se houver; e data(s) limite(s) para pagamento.

23.2 A sociedade Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem 23.1, acima, diretamente ao Estipulante, Subestipulante ou ao seu representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

23.3 Quando o pagamento do prêmio for efetuado por meio de carnê, deste constarão as seguintes informações:

23.3.1 a falta de pagamento da primeira parcela implicará o cancelamento do seguro; e

23.3.2 a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subseqüentes à primeira poderá implicar o cancelamento do contrato de seguro, de acordo com os termos desta cláusula.

23.4 Iniciada a vigência da cobertura, se o sinistro ocorrer dentro do prazo de pagamento do prêmio a vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado até a data limite estipulada, o direito à indenização não ficará prejudicado.

23.5 Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento, e será garantido ao Estipulante e/ou Subestipulante, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados.

23.6 A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

23.7 Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subseqüentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:



RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGO E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL	RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGO E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13%	15/365	73%	195/365
20%	30/365	75%	210/365
27%	45/365	78%	225/365
30%	60/365	80%	240/365
37%	75/365	83%	255/365
40%	90/365	85%	270/365
46%	105/365	88%	285/365
50%	120/365	90%	300/365
56%	135/365	93%	315/365
60%	150/365	95%	330/365
66%	165/365	98%	345/365
70%	180/365	100%	365/365

Notas –

(a) Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

(b) A sociedade Seguradora deverá informar ao Segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado conforme a tabela acima.

23.8 Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, com percentual de juros de 1% (um por cento) ao mês, acrescidos de multa moratória de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referida neste item, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

23.9 Findo o novo prazo de vigência da cobertura referida neste item, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, as garantias do seguro estarão suspensas na

forma do que estabelece o item 14 (Suspensão e Reabilitação do Seguro) destas Condições Gerais.

24. FORO CONTRATUAL

24.1 Para dirimir qualquer dúvida ou questão resultante deste seguro, entre Segurado e Segurador, é facultativo ao Segurado sua adesão à Cláusula Compromissória de Arbitragem, que deverá ser expressamente indicada na proposta e nas condições contratuais/especificação da apólice.

24.1.1 Ao concordar com a aplicação desta cláusula, o Segurado estará se comprometendo a resolver todos seus litígios com a Seguradora por meio de Juízo Arbitral, cujas sentenças têm o mesmo efeito que as proferidas pelo Poder Judiciário.

24.1.2 Cláusula Compromissória de Arbitragem – Regida pela Lei nº 9.307, de 23 de setembro de 1996:

“Surgindo qualquer diferença quanto à indenização a ser paga por esta apólice, esta deverá ser referida a um Árbitro a ser nomeado pelas partes de acordo com as disposições estabelecidas por lei. Se qualquer diferença pelo presente contrato for referida a arbitragem, o pronunciamento de uma sentença será condição prévia para qualquer direito de ação contra a Seguradora.”

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

25.1 A propaganda e a promoção do seguro, por parte do corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e sob a supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da apólice e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidelidade das informações contidas nas divulgações feitas.

26. ESTIPULANTE – VÍNCULOS E OBRIGAÇÕES

Sendo este um plano de seguro coletivo e estando a sua contratação vinculada à existência de um Estipulante de seguro, são obrigações do Estipulante, independentemente de outras estipuladas pelo presente contrato:

26.1 Fornecer à sociedade Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais.

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

26.3 Fornecer aos Segurados, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro.

26.4 Repassar os prêmios à sociedade Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

26.5 Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração.

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

26.7 Comunicar, de imediato, à sociedade Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade.

26.8 Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistro.

26.9 Comunicar, de imediato, à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado.

26.10 Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

26.11 Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

26.12 Promover a informação e o recolhimento da expressa anuência dos Segurados que representem, pelo menos, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado, sempre que pela Seguradora for comunicado qualquer alteração que implique ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos e que não estejam previstos pelo contrato de seguro.

26.13 Os subitens 27.1 a 27.12 se aplicam também aos Subestipulantes, quando for o caso.

27. ÍNDICE MÍNIMO DE SEGURADOS PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

27.1 Caso o seguro já esteja em vigor e o número de Segurados ficarem inferior ao mínimo estabelecido para a manutenção do grupo segurado, a Seguradora reserva-se o direito de recalcular a taxa, com base no efetivo grupo segurado e na previsão de custos desta, alterando, se necessário, o prêmio do seguro.

27.2 Deve ser observado que se o recálculo da taxa implicar em ônus ou dever para os segurados, sua aplicação dependerá da anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.



28. TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

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

“Art. 800 – nos seguros de pessoas, o Segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.”

29. CLÁUSULA ADICIONAL E SUPLEMENTAR

29.1 As cláusulas adicionais e suplementares somente terão validade quando expressamente ratificadas e incluídas na apólice pelas condições contratuais e/ou aditivo. Sua vigência coincidirá com a da apólice quando incluídas no início do seguro, de modo contrário, terão o início de vigência fixado no aditivo que as incluir na apólice.

30. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES AO PLANO DE SEGURO

30.1 Este plano de seguro foi submetido à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, estando suas condições registradas através do processo nº (15.414.004862/2011-88).

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

30.3 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.

30.4 Para fins das coberturas contratadas por este seguro e suas condições, os prazos prescricionais serão aqueles definidos em lei.

30.5 Os tributos decorrentes do presente contrato de Seguro serão pagos por quem a lei determinar.

30.6 Qualquer modificação da apólice em vigor que traga prejuízos ou novos ônus aos segurados não previstos nestas condições gerais dependerá da anuência expressa dos segurados que representem $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

30.7 Neste plano de seguro não haverá direito a pagamento de qualquer devolução ou resgate dos prêmios aos segurados.

30.8 Este seguro será 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.

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

30.10 A propaganda e a promoção do plano de seguro por parte do Estipulante, Subestipulante e/ou Corretor de Seguros somente poderão ser feitas com a autorização expressa e a supervisão da Seguradora, respeitadas as condições contratuais da apólice e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

31. PRESCRIÇÃO

31.1 Qualquer direito do Segurado, com fundamento na presente apólice, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

32. RATIFICAÇÃO

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA DE MORTE

1. Objetivo do Seguro

1.1. Este plano de seguro tem por objetivo, até o limite do capital segurado contratado, em caso de morte do Segurado por causas naturais e/ou acidentais, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais, das Condições Gerais, e desde que não se trate de risco extremamente excluído.

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

2. Riscos Excluídos

2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. Capital Segurado

3.1. Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do falecimento.

4. Documentos básicos necessários para indenização em caso de sinistro coberto



4.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 17 (Liquidação de Sinistros) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no item 18 (Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistros) das Condições Gerais, bem como:

4.1.1. Em caso de morte natural incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que em caso de cópia deverão ser autenticadas:

- a. cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
- b. cópia da Certidão de Casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- c. cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado;
- d. cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- e. Radiografias do Segurado (quando houver);
- f. Declaração Médica indicando causa mortis com firma reconhecida.

4.1.2. Em caso de ocorrência de morte por acidente, incluir os seguintes documentos, sendo que em caso de cópia deverão ser autenticadas:

- a) cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- b) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo;
- c) cópia Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) nos casos de Acidente de Trabalho;
- d) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- e) Cópia do Laudo de Exame de Corpo de Delito (IML);
- f) Cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

5. Ratificação

5.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO POR MORTE ACIDENTAL

1. Objetivo da Garantia

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado causada exclusivamente por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência deste plano de seguro, sem prejuízo do pagamento do capital segurado relativo à cobertura de Morte, exceto se decorrente de riscos excluídos observados as demais cláusulas das Condições Gerais e destas Condições Especiais.

1.2. Considera-se como data do evento, para determinação do Capital Segurado e data do falecimento.

2. Documentos básicos necessários para indenização em caso de sinistro coberto

2.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 17 (Liquidação de Sinistros) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no item 18 (Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistros) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópia deverão ser autenticadas:

- a) cópia da certidão de óbito do Segurado;
- b) cópia da certidão de casamento, emitida após o óbito do Segurado, se for o caso;
- c) radiografias do Segurado (quando houver);
- d) declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida;
- e) cópia da carteira de habilitação, somente para aos casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- f) cópia do laudo de dosagem alcoólica e/ou toxicológico, caso esta informação não conste do laudo de exame de corpo de delito;
- g) cópia comunicação de acidente do trabalho (CAT) nos caso de acidente de trabalho;



- h) cópia do boletim de ocorrência ou certidão de ocorrência policial, se for o caso;
- i) cópia do laudo de exame de corpo de delito;
- j) cópia do auto de reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.

3. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

3.1. As indenizações por **MORTE** e **INVALIDEZ PERMANENTE**, quando contratada, não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por **INVALIDEZ PERMANENTE** verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

4. RATIFICAÇÃO

4.1. Ratificam-se as **Condições Gerais** deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta **Condição Especial**.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. Objetivo da Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente

1.1. Garante ao Segurado uma indenização, nas hipóteses estabelecidas na tabela para o cálculo de Indenização em caso de Invalidez Permanente Total, o pagamento do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, caso haja a perda redução ou impotência funcional definitiva total de um membro ou órgão constantes na tabela contida no subitem 2.7 destas condições, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal devidamente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insusceptíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, observadas as demais cláusulas das Condições Especiais e especialmente das Condições Gerais da Apólice.

2. RISCOS COBERTOS

2.1. Como Invalidez Permanente Total por Acidente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, constantes da tabela contida no subitem 2.7. destas condições, em virtude de lesão física, causada por acidente pessoal devidamente coberto.

2.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação, e verificada a existência de invalidez permanente avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar ao próprio Segurado uma indenização, de acordo, com “TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE”, constante no subitem 2.7. destas condições.

2.3. Quando o 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).

2.4. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão defeituoso antes do acidente não dá direito à indenização, e será deduzida do grau de invalidez definitiva.

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

2.6. A Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser comprovada com a apresentação à Seguradora de Declaração Médica.

2.7. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

DISCRIMINAÇÃO	Sobre a importância segurada
Invalidez Permanente Total	%
Perda total da visão de ambos os olhos	100%
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100%
Perda total de 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 um dos pés	100%
Perda total do uso de ambos os pés	100%
Alienação mental total e incurável	100%

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, vigente na data do acidente.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro cabe ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no **item 17.** (Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no **item 18.** (Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistros) das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que em caso de cópia deverão ser autenticadas:

- a) Cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
- b) Radiografias do Segurado (quando houver);
- c) Guia de internação hospitalar (quando houver);
- d) Cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
- e) Cópia do Laudo de Dosagem alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
- f) Cópia Comunicação Acidente de Trabalho (CAT) nos casos de Acidente de Trabalho;
- g) Cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial se for o caso;
- h) Cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito(IML);
- i) Atestado de alta médica definitiva, discriminando as seqüelas deixadas pelo acidente, e se o Segurado encontrava-se em tratamento quando da entrega do aviso de sinistro.
- j) Em caso de sinistro em decorrência de alienação mental, total e incurável, deverá ser apresentado o termo de interdição judicial do Segurado, de forma a permitir o pagamento da indenização ao curador.

5. RATIFICAÇÃO

5.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.



GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Mediante o pagamento do prêmio adicional correspondente e expressa inclusão cláusula na apólice e no certificado individual de cada Segurado, o objetivo deste plano de seguro é de garantir ao(s) beneficiário(s), o pagamento de uma indenização de até 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgãos por lesão física, desde que ocorrida exclusivamente em consequência de acidente pessoal do Segurado e por evento não excluído pelo item 2, destas Condições Especiais.

2. RISCOS EXCLUIDOS

2.1. Além do disposto no item 4 das Condições Gerais deste plano de seguro, FICA PREVIAMENTE ESTABELECIDO QUE ESTE PLANO DE SEGURO NÃO GARANTE:

2.1.1. de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou ainda por ato de humanidade em auxílio de outrem.

2.1.2. de acidentes médicos do tipo: apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose ou outros similares.

2.1.3 de 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 ferimentos visíveis;



de 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 ferimentos visíveis;

2.1.3. de acidentes com tratamento ou exames clínicos, cirúrgicos, medicamentos, por meio de agentes físicos, raio X, radium ou outros – quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por acidente coberto.

2.1.4. acidente(s) ocorrido(s) em data anterior ao início de vigência de cada seguro individual.

2.2. Estão também excluídos da garantia desta condição especial, qualquer pagamento, mesmo quando em consequência de evento coberto, decorrente de:

2.2.1. danos morais e estéticos, assim entendido como indenizações de natureza compensatória, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, na qual esteja o Segurado obrigado a pagar, ainda que proveniente de ação judicial ou extra judicial, bem como em casos de acordo amigável.

2.2.2. lucros cessantes resultante da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado, em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.

2.2.3. perdas ou danos materiais decorrentes direta ou indiretamente, de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.

3. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

3.1. As indenizações por **MORTE** e **INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE** não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por **INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE** verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo, a Seguradora

pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente, não exigindo, entretanto a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

4. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

4.1. Após cada acidente o Capital Segurado relativo a esta garantia será integrado automaticamente sem cobrança de prêmio adicional.

5. TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

1º EM CASO de INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL

DESCRIÇÃO	Indenização
da visão de ambos os olhos	100% da IS
do uso de ambos os membros superiores	100% da IS
do uso de ambos os membros inferiores	100% da IS
do uso das mãos	100% da IS
do uso de um membro superior e um membro inferior	100% da IS
do uso de uma das mãos e um dos pés	100% da IS
do uso de ambos os pés	100% da IS
Alienação mental total e incurável	100% da IS

2º EM CASO de INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL (DIVERSAS)

DESCRIÇÃO	Indenização
Perda total da visão de um olho	30% da I.S.
Perda total da visão de 1 olho, quando o Segurado já não tiver outra vista	70% da I.S.
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40% da I.S.



Surdez total incurável de um dos ouvidos	20% da I.S.
Mudez incurável	50% da I.S.
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20% da I.S.
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20% da I.S.
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25% da I.S.

3º EM CASO de INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL DOS MEMBROS SUPERIORES

DESCRIÇÃO	Indenização
Perda Total de Um dos membros Superiores	70% da I.S.
Perda total do uso de uma das mãos	60% da I.S.
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50% da I.S.
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio – ulnares	30% da I.S.
Anquilose total de um dos ombros	25% da I.S.
Anquilose total de um dos cotovelos	25% da I.S.
DESCRIÇÃO	Indenização
Anquilose total de um dos punhos	20% da I.S.
Perda total do uso de um dos polegares inclusive o metacarpiano	25% da I.S.
Perda total do uso de um dos polegares exclusive o metacarpiano	18% da I.S.
Perda total do uso da falange distal do polegar	9% da I.S.
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15% da I.S.
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12% da I.S.



Perda total do uso de um dos dedos anulares	9% da I.S.
Perda total do uso de Qualquer falange, excluídas as do polegar	1/3 do valor do dedo respectivo

4º EM CASO de INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES

DESCRIÇÃO	INDENIZAÇÃO
Perda total de um dos membros inferiores	70% da I.S.
Perda total do uso de um dos pés	50% da I.S.
Fratura não consolidada de um fêmur	50% da I.S.
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25% da I.S.
Fratura não consolidada da rótula	20% da I.S.
Fratura não consolidada de um pé	20% da I.S.
Anquilose total de um dos joelhos	20% da I.S.
Anquilose total de um dos tornozelos	20% da I.S.
Anquilose total de um Quadril	20% da I.S.
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma Parte do mesmo pé	25% da I.S.
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10% da I.S.
Amputação de qualquer outro dedo	3% da I.S.
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo,	Indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.
ENCURTAMENTO DE UM DOS MEMBROS INFERIORES:	
De 5 (cinco) centímetros ou mais	15%
De 4 (quatro) centímetros	10%
De 3 (três) centímetros	6%

De menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização
----------------------------------	-----------------

5.1. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação da percentagem do grau de redução 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, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%.

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

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

5.4. A invalidez permanente prevista nesta condição especial deve ser comprovada através de declaração médica.

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

5.6. Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, relacionadas ao Segurado, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de constatação, a constituição de junta médica que será

constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

5.7. Neste caso cada uma das partes pagará os honorários ao médico que tiver designado e os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

5.8. 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.

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

5.10. A perda de dentes e os dedos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

5.11. As indenizações por morte acidental e invalidez permanente não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente será deduzida do valor do capital segurado por morte acidental.

5.12. A reintegração do capital segurado contratado para esta garantia se dá de forma automática após cada acidente, ou seja, sem cobrança de prêmio adicional.

5.13. Ocorrendo o pagamento total do capital segurado desta cobertura, fica automaticamente, cancelada esta garantia especial.

6. DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS PARA INDENIZAÇÃO EM CASO DE SINISTRO COBERTO



6.1. Para fins do que estabelece o item 17 (Liquidação de Sinistros) das Condições Gerais, a comunicação de ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos seguintes documentos básicos:

- a.** formulário de aviso de sinistro da Seguradora, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante; pelo Segurado ou seu representante legal; e pelo médico assistente;
- b.** cópia autenticada da declaração médica comprovando a invalidez;
- c.** cópia autenticada do atestado de alta médica, indicando o grau de redução funcional do membro ou órgão lesado;
- d.** cópia autenticada de todos os resultados dos exames médicos realizados;
- e.** cópia autenticada da carteira de identidade e do CPF do Segurado;
- f.** cópia autenticada do boletim de ocorrência policial, se for o caso;
- g.** cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo e dirigido pelo Segurado;
- h.** cópia autenticada do laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
- i.** comprovante de residência do Segurado; e
- j.** documento oficial informando o valor do saldo devedor na data do evento.

NOTA – A constatação da invalidez permanente se fará por laudo subscrito por médico, devidamente habilitado na sua especialização.

7. RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA DE MORTE COM ANTECIPAÇÃO DE PAGAMENTO COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – IFPD

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. A Seguradora obriga-se a garantir o interesse legítimo do Segurado na hipótese da ocorrência da invalidez funcional permanente e total do Segurado, em consequência de doença, que cause a Perda da Existência Independente do Segurado, excluídos os eventos não cobertos constantes destas Condições Especiais e das Condições Gerais do plano de seguro, além da legislação aplicável.

1.2. O plano de seguro ora contratado foi estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, cuja natureza técnica não permite a constituição de provisões matemáticas passíveis de serem resgatadas ou devolvidas, posto que os prêmios pagos destinam-se ao custeio das despesas de administração e de comercialização e ao pagamento de indenizações.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins da cobertura de invalidez funcional total permanente por doença é necessária a caracterização da perda da existência independente do Segurado em consequência de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

2.1.1. 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.

2.1.2. Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.1.3. Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

2.1.4. Auxílio: ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.1.5. Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave, volume 61, de 1993” e a “II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave, volume 87, nº 2, de agosto de 2006”, ambos publicados pela Sociedade Brasileira de Cardiopatia.

2.1.6. Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.

2.1.7. Dados Antropométricos: peso e altura do Segurado.

2.1.8. Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.1.9. Disfunção Imunológica: incapacidade de o corpo prover uma resposta imunológica normal às doenças que o acometem, podendo a disfunção ser genética ou adquirida em virtude de doença.

2.1.10. Doenças: para efeitos deste plano de seguro considera-se Doença como o conjunto característico de sinais e sintomas, decorrentes da falta de capacidade de função em um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste e desde que se configure como uma das patologias mencionadas no subitem 3.3.1 destas Condições Especiais.

2.1.11. Doença Crônica em Atividade: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.1.12. Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.1.13. Doença Terminal: doença em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o doente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

2.1.14. 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, sendo conhecidos como cânceres ou tumores malignos em atividade.

2.1.15. Doença Profissional: aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

2.1.16. Doença ou Lesão Preexistente: lesão ou conjunto característico de sinais e sintomas, decorrentes da falta de capacidade de função de um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste, que o proponente saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão.

2.1.17. Estados Conexos: o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

2.1.18. Estado Mórbido: piora de uma doença.

2.1.19. Etiologia: causa da doença

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

2.1.21. Hígido: saudável.

2.1.22. Perda da Existência Independente: ocorrência de quadro clínico incapacitante decorrente de doença que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, o qual deverá ser comprovado por meio dos parâmetros e documentos especificados no item 7 destas condições.

2.1.23. Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.1.24. Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.1.25. Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.1.26. Refratariedade Terapêutica: incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.1.27. Relações Existenciais: relação que capacitam à autonomia existencial do ser humano em suas relações de Conectividade com a Vida.

2.1.28. Risco Coberto: invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a perda da existência independente do Segurado ocorrida na vigência da apólice e/ou certificado individual.

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

2.1.30. Seqüela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.1.31. Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. DO RISCO COBERTO

3.1. O risco coberto assegurado, em caso de invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a perda da existência independente na vigência da apólice e/ou certificado individual, é o pagamento da indenização, limitado ao capital segurado.

3.2. Por se tratar de um seguro coletivo, para que o risco coberto seja assegurado o grupo segurável será formado pelas pessoas incluídas junto ao Estipulante e se enquadrarem nas características determinadas no contrato.

3.3. O risco coberto, observado o disposto no item 5, as disposições das condições contratuais e a vigência da apólice e/ou do certificado individual, garantem ao beneficiário o pagamento da indenização.

3.3.1. O risco coberto, comprovado segundo critérios vigentes à época do pagamento da indenização e adotado pela classe médica especializada, deverá ser proveniente exclusivamente dos seguintes quadros clínicos:

- 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 e, conseqüentemente, sua consumpção, sem prognóstico terapêutico favorável e que não

mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao se controle clínico;

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

e) Doenças manifestadas 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 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 proveniente de:**

I. Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

II. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

III. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou

IV. Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

h) Estados mórbidos **decorrentes de doença** que acarretem:

I. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

II. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou

III. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

i) Doença em estágio terminal, diagnosticada por médico assistente habilitado durante a vigência do contrato.

3.3.2. Outros quadros clínicos incapacitantes poderão ser reconhecidos como riscos cobertos desde que, quando avaliados por meio do instrumento de avaliação de invalidez funcional – IAIF (anexo I), atinjam, no mínimo, 60 (sessenta) pontos, de um total de 80 (oitenta) pontos possíveis.

3.3.2.1. O IAIF é composto por dois documentos:

a) Tabela de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estados conexos, a qual avalia, por meio de escala com 03 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade do Segurado com a vida, as quais são denominadas atributos e avaliados conforme abaixo:

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

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

b) Tabela de dados antropométricos, fatores de risco e morbidade, a qual mensura as evidências médicas positivas de cada uma das situações ali previstas.

3.3.2.2. Todos os atributos constantes do anexo serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados, devendo os itens ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

3.4. 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 para efeitos destas Condições Especiais.

3.5. Poderá ser fixada no contrato uma carência para o pagamento da indenização, contada do início da vigência do contrato ou aumento do capital segurado, no que diz respeito à parcela do capital segurado que foi aumentada.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além do disposto no item 4 das Condições Gerais deste plano de seguro, a Seguradora não garante o pagamento da indenização caso a invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente de doença e que cause a perda da

existência independente do Segurado ocorrida na vigência do certificado individual e/ou da apólice ocorra por consequência, direta ou indireta, de:

- 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) quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as doenças profissionais;**
- c) doença agravadas por traumatismos; e**
- d) perda de dentes ou danos estéticos..**

4.2. Não se considera risco excluído a invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente de doença e que cause a perda da existência independente de Segurado durante a vigência da apólice e do certificado individual proveniente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação do serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado será determinado pelo Estipulante em moeda corrente nacional, sempre respeitados os limites mínimos e máximos de contratação, fixados pela Seguradora e acordados no contrato.

5.2. O capital segurado somente será alterado após submissão e aceitação pela Seguradora de nova proposta de contratação do Estipulante ou nova proposta de adesão do Segurado à Seguradora.

5.2.1. No caso de alteração de capital segurado solicitado diretamente pelo Segurado, será emitido novo certificado individual.

6. DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO



6.1. Na ocorrência do sinistro, tão logo o Estipulante tome conhecimento, deverá apresentar a Seguradora os seguintes documentos:

- a) Formulário de aviso de sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente, com a data do sinistro;
- b) Relatório médico integralmente preenchido e assinado, com firma reconhecida, pelo médico do Segurado inválido;
- c) Cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado;
- d) Cópia autenticada do CPF do Segurado;
- e) Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado;
- f) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela, se houver, relacionado ao Segurado inválido, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente;
- g) Cópia autenticada do boletim de ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim, se houver;
- h) Cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo, dirigido pelo Segurado;
- i) Cópia autenticada do Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j) Cópia autenticada do Laudo do Exame de Corpo de Delito;
- k) Cópia autenticada do Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etilica e/ou Toxicológica;
- l) Radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado e com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá(ão) estar assinados(s) por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado no sinistro; e
- m) O Estipulante deverá encaminhar à Seguradora em carta, em papel timbrado, informando, em seu título, que se trata de ocorrência de sinistro, a qual deverá conter: (i) número da apólice; (ii) número do grupo segurado; (iii) nome do Segurado inválido; (iv) data de adesão ao documento mencionado na alínea “c” acima; (v) data da ocorrência do Sinistro (dd/mm/aaaa); (vi) modalidade do sinistro; e (vii) extrato e valor da dívida.

6.2. Caso exista discussão judicial quanto a quem deva legitimamente ser paga a indenização, a Seguradora fará o pagamento de eventual capital segurado remanescente por meio de depósito judicial.

6.3. Caso exista processo judicial de inventário e/ou arrolamento relacionado ao Segurado inválido, deverá ser disponibilizada à Seguradora, quando houver capital segurado remanescente, uma cópia do processo contendo declaração de autenticidade firmada pelo Estipulante dos documentos fornecidos, sob sua responsabilidade.

6.4. Eventuais despesas efetuadas pelo beneficiário relacionadas à comprovação do sinistro deverão ser por ele suportadas.

6.5. A Seguradora pagará a indenização no prazo de até 30 (trinta) dias contados a partir da entrega de todos os documentos relacionados no subitem 61 ou qualquer outro que vier a solicitar.

6.5.1. Será suspensa a contagem do prazo acima mencionado caso a Seguradora solicite documentação ou informação complementar, fundamentada em dúvida justificável, sendo que a contagem do prazo voltará a correr a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente àquele em que for completamente a solicitação da Seguradora.

6.5.2. Caso a indenização não seja paga no prazo previsto, quando do seu pagamento será acrescida de juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano, computados a partir do primeiro dia útil subsequente ao término do prazo, e atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE ou, no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, outro que vier a substituí-lo, desde a data da ocorrência do risco coberto até a data do pagamento da indenização.

6.6. O relatório médico deverá ter informações e registros médicos que comprovem o momento exato em foi atingido o estágio da doença em que se caracterize a perda da existência independente do Segurado.

6.7. Fica facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.

6.8. O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas à perda da existência independente do Segurado.

6.9. Eventuais encargos de tradução necessários para a liquidação do sinistro, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão integralmente a cargo da Seguradora.

6.10. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão da invalidez, bem como dúvida quanto ao correto enquadramento do risco coberto, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

6.10.1. A referida junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados, onde cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e Seguradora.

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

6.11. Não será paga indenização com base em diagnóstico feito por membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente de ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

7. RATIFICAÇÃO



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

7.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.



ANEXO – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p>1º GRAU:</p> <p>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.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>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.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>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.</p>	20



CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>1° GRAU:</p> <p>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.</p>	00
	<p>2° GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10
	<p>3° GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20



CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1° GRAU:</p> <p>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.</p>	00
	<p>2° GRAU:</p> <p>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).</p>	10
	<p>3° GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20



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 HOVE 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 SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA – IFPD

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. A Seguradora obriga-se a garantir o interesse legítimo do Segurado na hipótese da ocorrência da invalidez funcional permanente e total do Segurado, em consequência de doença, que cause a Perda da Existência Independente do Segurado, excluídos os eventos não cobertos constantes destas Condições Especiais e das Condições Gerais do plano de seguro, além da legislação aplicável.

1.2. O plano de seguro ora contratado foi estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, cuja natureza técnica não permite a constituição de provisões matemáticas passíveis de serem resgatadas ou devolvidas, posto que os prêmios pagos destinam-se ao custeio das despesas de administração e de comercialização e ao pagamento de indenizações.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para fins da cobertura de invalidez funcional total permanente por doença é necessária a caracterização da perda da existência independente do Segurado em consequência de doença, ou seja, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

2.1.1. 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.

2.1.2. Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.1.3. Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

2.1.4. Auxílio: ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.1.5. Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave, volume 61, de 1993” e a “II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave, volume 87, nº 2, de agosto de 2006”, ambos publicados pela Sociedade Brasileira de Cardiopatia.

2.1.6. Cognição: conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.

2.1.7. Dados Antropométricos: peso e altura do Segurado.

2.1.8. Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.1.9. Disfunção Imunológica: incapacidade de o corpo prover uma resposta imunológica normal às doenças que o acometem, podendo a disfunção ser genética ou adquirida em virtude de doença.

2.1.10. Doenças: para efeitos deste plano de seguro considera-se Doença como o conjunto característico de sinais e sintomas, decorrentes da falta de capacidade de função em um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste e desde que se configure como uma das patologias mencionadas no subitem 3.3.1 destas Condições Especiais.

2.1.11. Doença Crônica em Atividade: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.1.12. Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.1.13. Doença Terminal: doença em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o doente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

2.1.14. 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, sendo conhecidos como cânceres ou tumores malignos em atividade.

2.1.15. Doença Profissional: aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

2.1.16. Doença ou Lesão Preexistente: lesão ou conjunto característico de sinais e sintomas, decorrentes da falta de capacidade de função de um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste, que o proponente saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão.

2.1.17. Estados Conexos: o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

2.1.18. Estado Mórbido: piora de uma doença.

2.1.19. Etiologia: causa da doença.



- 2.1.20. Fatores de Risco e Morbidade:** aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 2.1.21. Hígido:** saudável.
- 2.1.22. Perda da Existência Independente:** ocorrência de quadro clínico incapacitante decorrente de doença que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, o qual deverá ser comprovado por meio dos parâmetros e documentos especificados no item 7 destas condições.
- 2.1.23. Prognóstico:** juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 2.1.24. Quadro Clínico:** conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.1.25. Recidiva:** reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.1.26. Refratariedade Terapêutica:** incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.1.27. Relações Existenciais:** relação que capacitam à autonomia existencial do ser humano em suas relações de Conectividade com a Vida.
- 2.1.28. Risco Coberto:** invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a perda da existência independente do Segurado ocorrida na vigência da apólice e/ou certificado individual.
- 2.1.29. Sentido de Orientação:** faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

2.1.30. Seqüela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.1.31. Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. DO RISCO COBERTO

3.1. O risco coberto assegurado, em caso de invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a perda da existência independente na vigência da apólice e/ou certificado individual, é o pagamento da indenização, limitado ao capital segurado.

3.2. Por se tratar de um seguro coletivo, para que o risco coberto seja assegurado o grupo segurável será formado pelas pessoas incluídas junto ao Estipulante e se enquadrarem nas características determinadas no contrato.

3.3. O risco coberto, observado o disposto no item 5, as disposições das condições contratuais e a vigência da apólice e/ou do certificado individual, garantem ao beneficiário o pagamento da indenização.

3.3.1. O risco coberto, comprovado segundo critérios vigentes à época do pagamento da indenização e adotado pela classe médica especializada, deverá ser proveniente exclusivamente dos seguintes quadros clínicos:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatía 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 e, conseqüentemente, sua consumpção, sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao se controle clínico;

- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestadas 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 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 proveniente de:**
 - I. Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - II. Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - III. Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou
 - IV. Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Estados mórbidos **decorrentes de doença** que acarretem:
 - I. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - II. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - III. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- i) Doença em estágio terminal, diagnosticada por médico assistente habilitado durante a vigência do contrato.

3.3.2. Outros quadros clínicos incapacitantes poderão ser reconhecidos como riscos cobertos desde que, quando avaliados por meio do instrumento de avaliação de invalidez funcional – IAIF (anexo I), atinjam, no mínimo, 60 (sessenta) pontos, de um total de 80 (oitenta) pontos possíveis.

3.3.2.1. O IAIF é composto por dois documentos:

- a) Tabela de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estados conexos, a qual avalia, por meio de escala com 03 (três) graduações cada, as condições

médicas e de conectividade do Segurado com a vida, as quais são denominadas atributos e avaliados conforme abaixo:

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

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

b) Tabela de dados antropométricos, fatores de risco e morbidade, a qual mensura as evidências médicas positivas de cada uma das situações ali previstas.

3.3.2.2. Todos os atributos constantes do anexo serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados, devendo os itens ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

3.4. 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 para efeitos destas Condições Especiais.

3.5. Poderá ser fixada no contrato uma carência para o pagamento da indenização, contada do início da vigência do contrato ou aumento do capital segurado, no que diz respeito à parcela do capital segurado que foi aumentada.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Além do disposto no item 4 das Condições Gerais deste plano de seguro, a Seguradora não garante o pagamento da indenização caso a invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente de doença e que cause a perda da existência independente do Segurado ocorrida na vigência do certificado individual e/ou da apólice ocorra por consequência, direta ou indireta, de:



- 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) **quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as doenças profissionais;**
- c) **doença agravadas por traumatismos; e**
- d) **perda de dentes ou danos estéticos..**

4.2. Não se considera risco excluído a invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente de doença e que cause a perda da existência independente de Segurado durante a vigência da apólice e do certificado individual proveniente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação do serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. DO CAPITAL SEGURADO

5.1. O capital segurado será determinado pelo Estipulante em moeda corrente nacional, sempre respeitados os limites mínimos e máximos de contratação, fixados pela Seguradora e acordados no contrato.

5.2. O capital segurado somente será alterado após submissão e aceitação pela Seguradora de nova proposta de contratação do Estipulante ou nova proposta de adesão do Segurado à Seguradora.

5.2.1. No caso de alteração de capital segurado solicitado diretamente pelo Segurado, será emitido novo certificado individual.

6. DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

6.1. Na ocorrência do sinistro, tão logo o Estipulante tome conhecimento, deverá apresentar a Seguradora os seguintes documentos:

- a) Formulário de aviso de sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente, com a data do sinistro;
- b) Relatório médico integralmente preenchido e assinado, com firma reconhecida, pelo médico do Segurado inválido;
- c) Cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado;
- d) Cópia autenticada do CPF do Segurado;
- e) Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado;
- f) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela, se houver, relacionado ao Segurado inválido, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente;
- g) Cópia autenticada do boletim de ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim, se houver;
- h) Cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo, dirigido pelo Segurado;
- i) Cópia autenticada do Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j) Cópia autenticada do Laudo do Exame de Corpo de Delito;
- k) Cópia autenticada do Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etfílica e/ou Toxicológica;
- l) Radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado e com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá(ão) estar assinado(s) por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado no sinistro; e
- m) O Estipulante deverá encaminhar à Seguradora em carta, em papel timbrado, informando, em seu título, que se trata de ocorrência de sinistro, a qual deverá conter: (i) número da apólice; (ii) número do grupo segurado; (iii) nome do Segurado inválido; (iv) data de adesão ao documento mencionado na alínea “c” acima; (v) data da ocorrência do Sinistro (dd/mm/aaaa); (vi) modalidade do sinistro; e (vii) extrato e valor da dívida.

6.2. Caso exista discussão judicial quanto a quem deva legitimamente ser paga a indenização, a Seguradora fará o pagamento de eventual capital segurado remanescente por meio de depósito judicial.

6.3. Caso exista processo judicial de inventário e/ou arrolamento relacionado ao Segurado inválido, deverá ser disponibilizada à Seguradora, quando houver capital segurado remanescente, uma cópia do processo contendo declaração de autenticidade firmada pelo Estipulante dos documentos fornecidos, sob sua responsabilidade.

6.4. Eventuais despesas efetuadas pelo beneficiário relacionadas à comprovação do sinistro deverão ser por ele suportadas.

6.5. A Seguradora pagará a indenização no prazo de até 30 (trinta) dias contados a partir da entrega de todos os documentos relacionados no subitem 61 ou qualquer outro que vier a solicitar.

6.5.1. Será suspensa a contagem do prazo acima mencionado caso a Seguradora solicite documentação ou informação complementar, fundamentada em dúvida justificável, sendo que a contagem do prazo voltará a correr a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente àquele em que for completamente a solicitação da Seguradora.

6.5.2. Caso a indenização não seja paga no prazo previsto, quando do seu pagamento será acrescida de juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano, computados a partir do primeiro dia útil subsequente ao término do prazo, e atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE ou, no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, outro que vier a substituí-lo, desde a data da ocorrência do risco coberto até a data do pagamento da indenização.

6.6. O relatório médico deverá ter informações e registros médicos que comprovem o momento exato em foi atingido o estágio da doença em que se caracterize a perda da existência independente do Segurado.

6.7. Fica facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.

6.8. O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas à perda da existência independente do Segurado.

6.9. Eventuais encargos de tradução necessários para a liquidação do sinistro, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão integralmente a cargo da Seguradora.

6.10. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão da invalidez, bem como dúvida quanto ao correto enquadramento do risco coberto, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

6.10.1. A referida junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados, onde cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e Seguradora.

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

6.11. Não será paga indenização com base em diagnóstico feito por membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente de ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

7. RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.



ANEXO – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p>1º GRAU:</p> <p>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.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>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.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>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.</p>	20



CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	<p>1° GRAU:</p> <p>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.</p>	00
	<p>2° GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10
	<p>3° GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20



CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1° GRAU:</p> <p>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.</p>	00
	<p>2° GRAU:</p> <p>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).</p>	10
	<p>3° GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20



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 HOVE 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 SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	08

CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - DITA

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante ao Segurado o pagamento das diárias contratadas, dentro dos limites estabelecidos na apólice, no caso de afastamento por acidente do Segurado ocorrido durante a vigência do seguro, desde que devidamente coberto, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária de exercer sua atividade profissional por um período superior e ininterrupto de no mínimo 15 (quinze) dias, mediante comprovação e ainda em conformidade com o determinado nas Condições Gerais e Especiais da apólice.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. É o valor máximo que será indenizado, por parcela ou pagamento único, no caso de evento coberto ocorrido com o Segurado, e que será estabelecido nas condições contratuais e informado no certificado individual do plano de seguro.

2.2. Nos casos em que o capital segurado for indenizado na forma de parcelas, o limite máximo de parcelas indenizáveis será o estabelecido nas condições contratuais e informado no certificado individual do plano de seguro.

2.3. A data do evento para efeito de determinação do capital segurado é a data da ocorrência do acidente:

2.3.1. O afastamento somente será reconhecido quando determinado por um médico devidamente habilitado e comprovado posteriormente através do envio dos exames complementares.

3. LIMITE DE DIÁRIAS

3.1. O limite para quantidade de diárias será estabelecido na apólice conforme contratação efetivada pelo Segurado, observando o máximo de 350 (trezentos e cinquenta) diárias.

4. FRANQUIA

4.1. Estabelecida para esta cláusula a aplicação de franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas condições contratuais, na proposta de adesão e no certificado individual do plano de seguro.

4.2. O período de franquia não poderá ser superior de 15 (quinze) dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data da ocorrência do afastamento.

5. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE

5.1. O aviso de afastamento à Seguradora deverá ser realizado, pelo Segurado ou seu representante legal, apresentando o laudo médico expedido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, atestando a incapacidade temporária, bem como documentos que comprovem o recebimento do Auxílio-Acidente, podendo ainda a Seguradora em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar quaisquer outros documentos a fim de obter mais esclarecimentos sobre o evento, sendo que neste caso o prazo indicado no subitem 17.5 (Liquidação de Sinistros) ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas todas as exigências.

5.2. Retornando as suas atividades laborativas, o Segurado não poderá usufruir novamente do benefício da garantia de Diárias de Incapacidade por Acidente em prazo inferior ao estipulado na apólice, contados da data do seu retorno do último afastamento.

6. PAGAMENTO DA DIÁRIA DE INCAPACIDADE POR ACIDENTE

6.1. Em posse dos comprovantes descritos no item anterior, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período de afastamento em que o Segurado esteve incapacitado de exercer sua atividade profissional, a contar do primeiro dia após o término dos dias determinados como período de franquia, em até 30 (trinta) dias.

6.2. O valor da diária será multiplicada pelo número de dias em que o Segurado permanecer afastado a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento, observadas as limitações especificadas na apólice.

6.2.1. A Diária de Incapacidade por Acidente tem também como objetivo atender a uma **complementação salarial**, no caso de afastamento do trabalho conforme **definido no item 1, destas Condições**.

6.3. Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora, sendo estas despesas custeadas pela própria Seguradora.

7. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

7.1. Após cada utilização do capital segurado relativo a esta cobertura haverá reintegração automática, **salvo nos casos de pagamento de diárias decorrente direta ou indiretamente do mesmo acidente**.

8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

8.1. As indenizações por diárias de incapacidade temporária decorrente de acidente são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente plano de seguro, isto é, se em consequência de acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar total e permanentemente inválido e, antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta desta cobertura de DIT, a



8.2. Seguradora não abaterá da indenização devida por morte ou invalidez, a indenização paga por DIT.

8.3. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento indenizável, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou sobreposição de indenização.

9. TÉRMINO DA COBERTURA

9.1. A garantia de Diária de Incapacidade por Acidente cessará:

- a) com o cancelamento da apólice;**
- b) com o cancelamento desta cobertura especial;**
- c) com a ocorrência da morte do Segurado, ou sua invalidez permanente total e permanente; ou**
- d) espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo Segurado.**

10. RATIFICAÇÃO

10.1. Considera-se como data do evento a data do afastamento, devidamente comprovado de suas atividades profissionais.

11. RATIFICAÇÃO

11.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.



CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA - DITD

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Garante ao Segurado o pagamento das diárias contratadas, dentro dos limites estabelecidos na apólice, no caso de afastamento por doença do Segurado ocorrido durante a vigência do seguro, desde que devidamente coberto, que gere comprovada necessidade de interrupção temporária e involuntária de exercer sua atividade profissional por um período superior e ininterrupto de no mínimo 15 (quinze) dias, mediante comprovação e ainda em conformidade com o determinado nas Condições Gerais e Especiais da apólice.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1. É o valor máximo que será indenizado, por parcela ou pagamento único, no caso de evento coberto ocorrido com o Segurado, e que será estabelecido nas condições contratuais e informado no certificado individual do plano de seguro.

2.2. Nos casos em que o capital segurado for indenizado na forma de parcelas, o limite máximo de parcelas indenizáveis será o estabelecido nas condições contratuais e informado no certificado individual do plano de seguro.

2.3. A data do evento para efeito de determinação do capital segurado é a data da doença:

2.3.1. O afastamento somente será reconhecido quando determinado por um médico devidamente habilitado e comprovado posteriormente através do envio dos exames complementares.

3. LIMITE DE DIÁRIAS

3.1. O limite para quantidade de diárias será estabelecido na apólice conforme contratação efetivada pelo Segurado, observando o máximo de 350 (trezentos e cinquenta) diárias.

4. FRANQUIA

4.1. Estabelecida para esta cláusula a aplicação de franquia, a mesma será definida em período de dias e constará nas condições contratuais, na proposta de adesão e no certificado individual do plano de seguro.

4.2. O período de franquia não poderá ser superior de 15 (quinze) dias consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data da ocorrência do afastamento.

5. COMPROVAÇÃO DA INCAPACIDADE

5.1. O aviso de afastamento à Seguradora deverá ser realizado, pelo Segurado ou seu representante legal, apresentando o laudo médico expedido pelo Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS, atestando a incapacidade temporária, bem como documentos que comprovem o recebimento do Auxílio-Doença, podendo ainda a Seguradora em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar quaisquer outros documentos a fim de obter mais esclarecimentos sobre o evento, sendo que neste caso o prazo indicado no subitem 17.5 (Liquidação de Sinistros) das Condições Gerais ficará suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas todas as exigências.

5.2. Retornando as suas atividades laborativas, o Segurado não poderá usufruir novamente do benefício da garantia de Diárias de Incapacidade por Acidente em prazo inferior ao estipulado na apólice, contados da data do seu retorno do último afastamento.

6. PAGAMENTO DA DIÁRIA DE INCAPACIDADE POR DOENÇA



6.1. Em posse dos comprovantes descritos no item anterior, a Seguradora efetuará o pagamento das diárias correspondentes ao período de afastamento em que o Segurado esteve incapacitado de exercer sua atividade profissional, a contar do primeiro dia após o término dos dias determinados como período de franquia, em até 30 (trinta) dias.

6.2. O valor da diária será multiplicado pelo número de dias em que o Segurado permanecer afastado a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento, observadas as limitações especificadas na apólice.

6.2.1. A Diária de Incapacidade por Doença tem também como objetivo atender a uma **complementação salarial**, no caso de afastamento do trabalho conforme **definido no item 1, destas Condições**.

6.3. Em todas as ocorrências poderão ser realizadas perícias médicas pelo departamento médico da Seguradora, sendo estas despesas custeadas pela própria Seguradora.

7. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÕES

7.1. As indenizações por diárias de incapacidade temporária decorrente de acidente são cumulativas com qualquer outra cobertura do presente plano de seguro, isto é, se em consequência de acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar total e permanentemente inválido e, antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta desta cobertura de DIT, a Seguradora não abaterá da indenização devida por morte ou invalidez, a indenização paga por DIT.

7.2. **No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento indenizável, a indenização será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou sobreposição de indenização.**

8. TÉRMINO DA COBERTURA



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

8.1. A garantia de Diária de Incapacidade por Doença cessará:

- a) com o cancelamento da apólice;**
- b) com o cancelamento desta cobertura especial;**
- c) com a ocorrência da morte do Segurado, ou sua invalidez permanente total e permanente; ou**
- d) espontaneamente, quando solicitado por escrito pelo Segurado.**

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.

GARANTIA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICOS

1. OBJETIVO DA GARANTIA

1.1. Garantir ao Segurado até o limite do Capital Segurado contratado, o pagamento ou reembolso das despesas médicas e dentárias, bem como das diárias hospitalares decorrentes de acidente coberto, incorridas a critério médico, que o Segurado efetuar para seu restabelecimento, desde que iniciado nos primeiros 30 (trinta) dias contados da data do acidente.

1.2. A Seguradora reserva a si o direito de não reembolsar quaisquer despesas caso seja comprovado que o tratamento teve início depois de decorridos 30 (trinta) dias da data da ocorrência do sinistro.

1.3. Como o tratamento considera-se inclusive a internação hospitalar critério do médico assistente do Segurado, bem como as despesas com radiografia, ultra-sonografia, tomografia computadorizada, medicamentos, sala de operação, anestesia, fisioterapia, laboratório, bem como despesas de pronto-socorro, assistência de enfermeiro(s) diplomado(s) e honorário(s) médico(s) e dentista(s).

1.4. O reembolso de despesas com dentistas abrange exclusivamente a restauração e/ou colocação de prótese em substituição a dentes naturais danificados, parciais ou totalmente, em acidente coberto e sofrido pelo Segurado.

2. RISCOS EXCLUIDOS

2.1. Além dos riscos excluídos do item 04 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da apólice, não estão abrangidas as despesas decorrentes de:

a) estados de convalescença (após a alta médica) e de dietas especiais, bem como quaisquer despesas de acompanhantes;

- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais em consequência de acidente coberto;**
- c) não estão abrangidas as despesas decorrentes com os eventos não cobertos, relacionados nas Condições Gerais deste plano de seguro.**

3. LIVRE ESCOLHA

3.1. É facultado ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviço médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

3.2. Desde que preservada a livre escolha pode a Seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológico para facilitar a prestação de assistência ao Segurado.

4. CARÊNCIA

4.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de carência, a mesma será definida em período de dias e constará nas condições contratuais, na proposta de adesão e no certificado individual do plano de seguro.

4.2. O período de carência será contado a partir da data do início de vigência do risco individual e considerará dias consecutivos e ininterruptos.

5. FRANQUIA

5.1. Estabelecida para esta cobertura a aplicação de franquias, a mesma será definida em período de dias e constará nas condições contratuais, na proposta de adesão e no certificado individual do plano de seguro.

6. COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

6.1. O Segurado deverá comprovar as despesas de assistência médico-hospitalares, mediante a apresentação dos recibos originais, acompanhados do Aviso de Sinistro, de receita médica, exames radiológicos, ultrasonográficos, tomográficos e de comprovantes satisfatórios, a critério da Seguradora, bem como relatório detalhado do médico assistente e contas hospitalares.

6.2. Devem ser anexados também, cópia autenticada dos seguintes documentos:

- a) Certidão de Registro de Ocorrência Policial, Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quando for o caso;
- b) Principais peças do inquérito policial ou outros atestados de autoridade administrativa e policiais instaurados para esclarecer o sinistro (cópia autenticada);
- c) RG, CPF, e Certidão de Nascimento ou Casamento;
- d) Comprovante de residência;

6.3. O reembolso das Despesas Médico, Hospitalar e Odontológicas (DMHO) poderá ser feito a terceiros, quando as despesas forem devidamente comprovadas e os comprovantes contiverem a assinatura do responsável pelo menor.

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

7. OUTROS SEGUROS

7.1. Se o Segurado possuir mais de uma Apólice, neste ou em outra Seguradora, garantindo despesas médico-hospitalares desta Seguradora por este seguro será igual à importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados, proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia de todas as Apólices em vigor na data do acidente.

8. ACUMULAÇÃO DE INDENIZAÇÃO



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

8.1. As indenizações por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO) são cumulativas com qualquer outra garantia do presente Seguro, isto é, se em consequência do acidente coberto o Segurado vier a falecer ou ficar definitivamente inválido, e antes disso, em virtude do mesmo ou de outro acidente tiver recebido indenização por conta da garantia de DMHO, a Seguradora não abaterá da indenização devida por Morte ou Invalidez, a indenização paga por DMHO.

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.



CONDIÇÃO ESPECIAL PARA DOENÇA CONGÊNITA

1. OBJETIVO DA CONDIÇÃO ESPECIAL DE DOENÇA CONGÊNITA

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao segurado principal, em caso da ocorrência de invalidez decorrente de doença congênita do filho(a), desde que contratada, diagnosticada até o 6º mês de vida do recém nascido, durante a vigência e devidamente coberto pelo plano de seguro, exceto se decorrente de risco excluído.

1.2. Entende-se por Doenças Congênitas aquelas que nascem com o indivíduo e que necessite acompanhamento médico e tratamento especializado, diagnosticadas até o 6º mês de vida do recém nascido, resultante de má formação do organismo, seja qual for sua causa.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões expressas no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do plano de seguro, serão considerados riscos excluídos da cobertura adicional de doenças congênitas:

- a) Eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período de gestação, ou não reconhecidos efetivamente pelos órgãos de saúde;
- b) Defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;
- c) Decorrentes pelo mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde.

3. DEFINIÇÕES

3.1. Invalidez Permanente Parcial ou Total por Doença Congênita de Filho: para efeitos desta cobertura, entende-se aquela pela qual não se pode esperar recuperação ou

reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis, para o filho exercer futuramente qualquer tipo de atividade remunerada que garanta sua subsistência.

3.2. Doença Congênita: para fins desta cobertura, entende-se aquela que apresenta defeito de caráter anatômico e fisiológico.

4. GRUPO SEGURADO

4.1. Filhos legítimos e recém nascidos de segurado que apresentarem doença congênita, devidamente comprovada por profissional regularmente habilitado. Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto em que se constate a doença em mais de um filho, a indenização não será cumulativa.

5. CONDIÇÃO DE COBERTURA

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

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta Condição Especial o Capital Segurado é a Importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

6.2. O Capital Segurado para cada cobertura está limitado a 100% do Capital Segurado da mesma Cobertura Principal.

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no **item 17.** (Liquidação de Sinistros) das Condições

Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no **item 18**. (Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistros) das Condições Gerais, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada Cobertura:

- a) relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- b) exame anatomopatológico que indiquem a doença congênita;
- c) cópia autenticada da certidão de nascimento do filho;
- d) cópia atualizada e autenticada da certidão de casamento com a gestante, caso a mesma não seja a segurada principal;
- e) guia da internação hospitalar (quando houver);

7.2. Caso seja devida, a indenização será paga de uma única vez.

7.3. Não será devido o pagamento da indenização em caso de natimortos.

8. RATIFICAÇÃO

8.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.



CONDIÇÃO ESPECIAL PARA RESCISÃO CONTRATUAL

1. OBJETIVO DA CONDIÇÃO ESPECIAL DE RESCISÃO CONTRATUAL

1.1. Garante o pagamento do capital segurado contratado, ao Estipulante do plano de seguro, em caso da ocorrência de morte do segurado, a título de reembolso das despesas referente ao acerto rescisório trabalhista devidamente comprovado, durante a vigência e devidamente coberto pelo plano de seguro, exceto se decorrente de risco excluído.

1.2. O capital segurado corresponderá ao percentual da cobertura de morte, determinada na proposta de contratação, não podendo ser superior à 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo Segurado principal.

2. RATIFICAÇÃO

2.1. Ratificam-se as **Condições Gerais** deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta **Condição Especial**.



CONDIÇÃO ESPECIAL PARA AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO DA CONDIÇÃO ESPECIAL DE AUXÍLIO FUNERAL

1.1. 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 funeral, durante a vigência e devidamente coberto pelo plano de seguro, exceto se decorrente de risco excluído.

1.2. O capital segurado corresponderá ao percentual da cobertura de morte, determinada na proposta de contratação, não podendo ser superior à 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo Segurado principal.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. RATIFICAÇÃO

3.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.



CONDIÇÃO ESPECIAL PARA AUXÍLIO CESTA BÁSICA

1. OBJETIVO DA CONDIÇÃO ESPECIAL DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA

1.1. 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.

1.2. **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.**

1.3. O capital segurado corresponderá ao percentual da cobertura de morte, determinada na proposta de contratação, não podendo ser superior à 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo Segurado principal.

1.4. **Seu pagamento, por si só, não implica ao reconhecimento da obrigação de pagar nenhuma outra garantia do seguro contratado.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.**

3. RATIFICAÇÃO

3.1. **Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.**



CONDIÇÃO ESPECIAL PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE CÔNJUGE

1. OBJETIVO DA CONDIÇÃO ESPECIAL DE DEPENDENTE CÔNJUGE

1.1. Garante ao Segurado Principal o pagamento do Capital Segurado, em caso de contratação da cobertura Morte, Morte Acidental, Morte com Pagamento Antecipado por Invalidez Funcional e Permanente por Doença, ou o pagamento ao próprio Cônjuge, em caso de contratação de outras Coberturas, observadas as demais cláusulas das Condições Especiais e das Condições Gerais da Apólice.

2. DEFINIÇÃO DE CÔNJUGE

2.1. A comprovação da condição de cônjuge dar-se-á pela apresentação de certidão de casamento atualizada ou declaração pública de vida comum, com até 30 (trinta) dias da data de emissão do documento.

2.2. Para fins desta Condição Especial, a(o) companheira(o) será equiparada(o) a(o) esposa(o), nos casos previstos no Código Civil Brasileiro.

3. COBERTURAS

3.1. É admitida para este seguro a contratação das coberturas previstas por este seguro para cônjuge na forma de contratação facultativa, respeitando o disposto nas Condições Gerais e Condições Especiais de cada Cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. **Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice e aqueles definidos nas Condições Especiais de cada Cobertura contratada.**

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1. Poderá fazer parte deste seguro o Cônjuge que tiver sua inclusão solicitada pelo Proponente/Segurado Principal, mediante Proposta de Contratação devidamente preenchida e assinada pelo Cônjuge, desde que atendam as condições estabelecidas no item 2. e respeitadas todos os itens das Condições Gerais e Especiais da Apólice.

5.2. As respostas às questões da “Declaração Passosal de Saúde e Atividade” com utilização das expressões “sim” ou “não” por extenso, deverão ser respondidas pelo próprio cônjuge.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta Condição Especial o Capital Segurado é a Importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento, conforme definido nas Condições Especiais de cada Cobertura.

6.2. O Capital Segurado para cada cobertura está limitado a 100% do Capital Segurado da mesma Cobertura Principal.

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 17. (Liquidação de Sinistros) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no item 18. (Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistro) das Condições Gerais, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada Cobertura.

8. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

8.1. Esta Condição Especial cessará automaticamente quando ocorrer:

- a) Pedido de cancelamento por escrito do Segurado;**
- b) Automaticamente com a morte do cônjuge dependente segurado por estas Condições Especiais;**



- c) Morte do Segurado Principal, ou com o pagamento da Cobertura de Morte com Pagamento Antecipado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;**
- d) Separação de fato, judicial ou divórcio do casal;**
- e) Perda pelo dependente da referida condição pela legislação do imposto de renda e/ou previdência social, fato este que o Segurado deve comunicar de imediato à Seguradora.**

8.2. O cancelamento desta cobertura ocorrerá ainda, mediante acordo entre a Seguradora e o Segurado, sem prejuízo da vigência correspondente aos prêmios já pagos, podendo a Seguradora reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.



CONDIÇÃO ESPECIAL PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S) FILHO(S)

1. OBJETIVO DA CONDIÇÃO ESPECIAL DE DEPENDENTE(S) FILHO(S)

1.1. Garante Segurado Principal o pagamento do Capital Segurado, em caso de contratação de Cobertura Morte e da Cobertura Morte Acidental para seu(s) filho(s), observadas as demais cláusulas das Condições Especiais e das Condições Gerais da Apólice.

2. DEFINIÇÃO DE FILHOS

2.1. Será(ão) considerado(s) Filho(s), para fins de inclusão nesta Condição Especial, filho(s) até 21 anos de idade ou 24 anos, se universitário(a)

2.2. Para efeito de presente Condição Especial equiparam-se aos filhos, os enteados, considerados dependentes econômicos do segurado principal, desde que atendam as condições do item anterior.

2.3. Para menores de 14 anos é permitido exclusivamente o pagamento do reembolso de despesas com funeral.

3. COBERTURAS

3.1. Ao(s) Filho(s) somente poderá ser concedida a Cobertura de Morte, Morte Acidental, desde que a mesma tenham sido contratada pelo Segurado Principal, respeitando o disposto nas Condições Gerais e Condições Especiais de cada Cobertura.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos item 4. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice e aqueles definidos nas Condições Especiais de cada Cobertura contratada.



5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1. Poderá fazer parte deste seguro todos os Filhos que tiverem suas inclusões solicitadas, mediante Proposta de Contratação devidamente preenchida e assinada pelo Segurado, desde que, atendam as condições estabelecidas no **item 2.** destas condições especiais e ainda respeitadas todas as condições estabelecidas nas Condições Gerais da Apólice.

6. CAPITAL SEGURADO

6.1. Para fins desta Condição Especial o Capital Segurado é a Importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice de Seguro, vigente na data do evento.

6.2. **O Capital Segurado para cada cobertura está limitado a 100% do Capital Segurado da mesma Cobertura Principal.**

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1. Em caso de sinistro cabe ao Segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no **item 17.** (Liquidação de Sinistros) das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no **item 18.** (Documentos para Regulação e Liquidação de Sinistros) das Condições Gerais, bem como os documentos indicados nas Condições Especiais de cada Cobertura.

8. CESSAÇÃO DO RISCO INDIVIDUAL

8.1. **Esta Condição Especial cessará automaticamente quando ocorrer:**

- a) **Pedido de cancelamento por escrito do Segurado;**
- b) **Automaticamente, com a morte do filho dependente segurado por estas Condições Especiais;**



Mitsui Sumitomo Seguros

A Member of **MS&AD** INSURANCE GROUP

- c) **Morte do Segurado Principal, ou com o pagamento da Cobertura de Morte com Pagamento Antecipado por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença; Perda pelo dependente da referida condição pela legislação do imposto de renda e/ou previdência social, fato este que o Segurado deve comunicar de imediato.**
- d) **O cancelamento desta cobertura ocorrerá ainda, mediante acordo entre a Seguradora e o Segurado, sem prejuízo da vigência correspondente aos prêmios já pagos, podendo a Seguradora reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.**

9. RATIFICAÇÃO

9.1. Ratificam-se as Condições Gerais deste seguro, que não tenham sido alteradas por esta Condição Especial.