

VIDA EM GRUPO

CONDIÇÕES GERAIS

1. DEFINIÇÕES

Acidentes Pessoais: 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 conseqüência direta a morte ou invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico. Incluem-se nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de 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.

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- a) as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes do ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro-traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Ósteo-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;

c) as **intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**

d) as **situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido acima;**

Apólice: É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

Beneficiário: É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Capital Segurado: Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

Carência: É o período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

Cartão-proposta: É o documento legal pelo qual o proponente manifesta sua intenção em participar do seguro. Equivale à proposta de adesão.

Certificado Individual: É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

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.

Condições Gerais: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

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

Condições Particulares: Dizem respeito às cláusulas estabelecidas nos diferentes contratos de comercialização de um determinado plano de seguro.

Contrato: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Conseqüências: 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.

Estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

Excedente Técnico: saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

Evento Coberto: É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.

Formulário de Aviso de Sinistro: É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora.

Garantias: São as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto.

Grupo Segurado: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

Grupo Segurável: É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

Indenização: Valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.

Início de Vigência: É a data a partir da qual as coberturas de risco (eventos cobertos) propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença: é a perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais do seguro.

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 consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o questionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

Período de Cobertura: aquele que durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;

Prêmio: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

Proponente: O interessado em contratar a garantia (ou garantias), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

Proposta de Adesão: É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Provisão Matemática de Benefícios Concedidos: Valor atual dos compromissos da seguradora para com o segurado ou beneficiários durante o período de pagamento das indenizações em forma de renda.

Reabilitação do Seguro: É o restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.

Regime de Repartição Simples: É um regime no qual as contribuições dos participantes são calculadas segundo os conceitos de receita e despesa, arrecadando-se o suficiente para a cobertura dos eventos garantidos e das despesas de administração, à medida em que ocorram, sem se levar em consideração o fator eventualidade.

Reintegração do Capital Segurado: É a recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.

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

Segurado: Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Segurado Principal: É o segurado que mantém vínculo com o estipulante.

Segurados Dependentes: São o cônjuge e os filhos, enteados e menores considerados dependentes do segurado principal, de acordo com a Legislação do Imposto de Renda e/ou da previdência social, desde que não sejam seguráveis como Segurados Principais, quando incluídos no seguro.

Seguradora: É a **GENTE SEGURADORA S/A**, sob CNPJ 90.180.605/0001-02 , devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, nos termos das Condições Contratuais.

Sinistro: É a ocorrência do risco (evento) coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

Vigência do Seguro: É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.

Vigência da Cobertura Individual: É o período em que o segurado está coberto pelas garantias deste seguro.

2. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou aos seus beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais. Garantias cobertas através da contratação:

- Morte;
- Indenização Especial de Morte por Acidente;
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

3. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias do seguro dividem-se em básica, adicionais e especiais, sendo que o seguro não pode ser contratado sem a garantia básica.

a) Garantia Básica:

-Morte É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), limitada ao valor do Capital Segurado contratado, caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, desde que respeitadas as condições contratuais, exceto se decorrentes de riscos excluídos.

Devido à natureza do Regime de Repartição Simples, adotado neste seguro, a indenização será paga de uma única vez.

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

-não incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado;

-não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

b) Garantias Adicionais:

-Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA): É a garantia do pagamento de uma indenização adicional ao(s) beneficiário(s), limitada a 100% do capital contratado para a garantia básica, em caso de morte do segurado por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

Devido à natureza do Regime de Repartição Simples, adotado neste seguro, a indenização será paga de uma única vez.

- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA): É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, limitada ao valor do Capital Segurado contratado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.

Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a tabela I em anexo.

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela do anexo I, pelo grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução e, sendo o referido grau classificado como, máximo, médio ou mínimo, a indenização será

calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independente de sua profissão.

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

Devido à natureza do Regime de Repartição Simples, adotado neste seguro, a indenização será paga de uma única vez.

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

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

As indenizações por morte 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, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

Além dos riscos mencionados no item 4, estão também expressamente excluídos das coberturas de IEA e IPA do seguro, os acidentes ocorridos em consequência:

- a) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- b) aborto ilegal e suas consequências;**
- c) de competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;**
- d) do segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada;**
- e) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do segurado provier da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- f) quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental incurável, decorrente de acidente coberto;**

- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPTD): É a garantia do pagamento de indenização em caso de invalidez funcional permanente total, conseqüente de doença, que cause a perda de existência independente do segurado. Considera-se perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais do seguro.

Considera-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos da cobertura de IFPTD, os segurados portadores de doenças em fase terminal, sendo regrada esta cobertura na forma de Antecipação Especial por Doença Terminal, da seguinte forma:

Antecipação especial por doença terminal - Consiste na antecipação do pagamento da indenização relativa a garantia de IFPTD, que será paga ao segurado, curador ou a quem o represente juridicamente, desde que requerido, nos casos em que este apresente quadro clínico irreversível, em fase terminal, em decorrência das doenças devidamente cobertas por esta garantia, observados os riscos excluídos.

Considera-se segurado com quadro clínico irreversível em fase terminal aquele que apresenta estado clínico gravíssimo, sem perspectiva de recuperação, devidamente comprovado por profissional legalmente habilitado na sua especialização e, a critério da seguradora, perícia realizada na esfera administrativa ou judicial, nos casos das enfermidades abaixo cobertas:

I-deficiência visual decorrente de doença:

- a) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- b) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- c) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor a 60°, ou
- d) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

II-Coma irreversível por doença, exceto decorrente do uso de álcool e drogas.

- a) Entende-se por coma estado de inconsciência, sem resposta a estímulos externos, persistindo continuamente com as medidas de suporte de vida por um período de pelo menos 96 (noventa e seis) horas e resultante em déficits neurológicos permanentes.

III-doenças terminais.

- a) Entende-se por Doenças Terminais aquelas em fase avançada, progressiva e incurável, sem possibilidades de respostas a nenhuma medida terapêutica, conhecida e aplicada, sem expectativa de cura ou prolongamento da sobrevida, onde o esperado é o óbito.

IV-Alienação mental decorrente de doença, manifestada e diagnosticada na vigência do seguro.

- a) Entende-se por alienação mental, distúrbio mental ou neuromental grave e persistente no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho e incluso na condição de curatelado em definitivo.

V- Insuficiência cardíaca, refratária ao tratamento, com classificação funcional, grau IV, de acordo com a tabela NYHA, exceto doenças congênitas.

- a) Entende-se por insuficiência cardíaca ou cardiopatia grave, doença que curse com alterações hemodinâmicas evidentes e marcadas, com disfunções locais de ordem rítmica, isquêmica, obstrutivo-restritivas ou de mortalidade e/ou com acometimento dos órgãos-alvo, representando-se como condição funcional de grau IV (NYHA), tornando o paciente incapaz de atividade física de qualquer espécie. Esta condição deve ser comprovada pelo exame físico e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

VI-Doenças crônicas

- a) Entende-se por doenças crônicas, as que atingem os portadores de doenças incuráveis, que são mantidos definitivamente no leito, com ou sem ajuda de aparelhos, com caráter

progressivo, com manifestações clínicas avançadas acometendo órgãos-alvo(consumptivas), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em protocolos de tratamento direcionados à cura e/ou seu controle clínico.

VII- Perda de existência independente do segurado

a) Entende-se perda de existência independente do segurado, aquele que por motivo de doença, vier apresentar alguns dos estados mórbidos relacionados a seguir:

-perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;

-perda completa e definitiva das funções de dois pés ou de duas mãos;

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

A constatação da IFPTD e os casos de Antecipação Especial por Doença Terminal se fará por declaração médica subscrita por profissional, devidamente habilitado na sua especialização e pericial realizada na esfera administrativa ou judicial, a critério da seguradora, conforme a pontuação mínima determinada no anexo II, devidamente preenchido por Médico, ficando definido que caso a pontuação atinja mais de 60 pontos o segurado será considerado permanentemente inválido funcionalmente.

A concessão desta garantia não está vinculada à aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas.

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

Para fins desta Cobertura, o Capital Segurado é a importância a ser paga de uma só vez em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, sendo este igual a 100% do valor contratado.

Após o pagamento da indenização o segurado será automaticamente excluído da apólice, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados, conforme item 11 dessas condições gerais.

As indenizações por morte e invalidez funcional permanente total por doença não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por IFPTD, verificar-se a morte do segurado em consequência da mesma doença, a indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga pela Invalidez Funcional.

c) Garantia Especial:

-Auxílio Funeral (AF): Garante à pessoa que efetuou o pagamento de despesa com funeral, em caso de morte do segurado principal, o reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios.

Esta garantia será válida também em caso de morte do cônjuge do segurado principal, desde que contratada especificamente esta garantia especial e que tenha sido incluída pela cláusula suplementar de inclusão de cônjuge, constante do contrato.

Não estão cobertos gastos com o traslado bem como com a aquisição de jazigos, terrenos ou carneiros.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além das exclusões citadas para as coberturas de IEA e IPA mencionadas no item 3, alínea “b”, estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- de perturbações e intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- contaminação radioativa e/ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes caracterizadas por doenças, moléstias ou enfermidades, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto.
- de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme o definido no artigo 762 do Código Civil;
- no seguro contratado por pessoa jurídica, de danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;
- os denominados acidentes decorrentes de erros médicos, exemplificativamente, apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, parada cardíaca, trombose;
- de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado, não declaradas na proposta de adesão.
- anomalias congênitas com manifestação em qualquer época.
- epidemias declaradas ou não.
- doação e transplante intervivos.
- todas as doenças ou transtornos mentais.
- Síndrome do Pânico.
- estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais.
- suicídio cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do seguro ou da sua recondução depois de suspenso, conforme o art. 798 do Código Civil.

Também não estão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

Encontram-se ainda excluídos das coberturas deste seguro, quaisquer indenizações, mesmo em consequência de eventos cobertos, decorrentes de:

- Danos Morais e Estéticos, no qual esteja o segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.
- Lucros Cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do segurado.
- Perdas e Danos decorrentes, direta e indiretamente, de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

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

6. CARÊNCIAS

O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspenso, sendo estabelecido nas Condições Particulares, constantes do contrato.

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

Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

Caso o grupo segurado seja transferido para outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

Caso ocorra a morte do segurado durante o período de carência, serão devolvidas as reservas técnicas do seguro, nos termos em que dispõe a lei civil, e nos casos que for tecnicamente possível. Esses valores serão atualizados pela variação do IGP-M/FGV, “pró rata tempore”, correspondente ao período da data do pagamento dos prêmios até a data da efetiva restituição. No caso da extinção desse índice será utilizado o IPCA/IBGE.

Em caso de morte do segurado durante o prazo de carência deverão ser revertidas aos beneficiários, as provisões técnicas, conforme dispõe a lei civil, e nos casos em que for tecnicamente possível.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis, sendo

indispensável a comprovação do vínculo com o estipulante. Na proposta de adesão deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

A Seguradora fornecerá ao proponente um protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com a indicação da data e hora do seu recebimento.

Recebida a proposta de adesão pela seguradora, com o recibo de quitação do prêmio e com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, terá início um período de 15 (quinze) dias, com cobertura condicional, no qual a seguradora avaliará o risco. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

O seguro será automaticamente aceito, caso a seguradora não manifeste a recusa da proposta de adesão por escrito ao proponente, no prazo de 15 (quinze) dias, devidamente justificada. Este prazo será suspenso quando a seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para análise dos riscos, sendo reiniciado após a entrega dos mesmos.

A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. 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.

Em caso de recusa do risco em que tenha havido, adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de dez dias corridos, integralmente ou deduzidos da parcela “pro rata temporis”, referente à cobertura do seguro.

Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de proposta.

A cada segurado incluído no seguro, bem como em cada uma das renovações subseqüentes, será enviado um Certificado Individual que conterà, no mínimo, a data de início e término da vigência das coberturas do segurado principal e dos segurados dependentes, e também o capital segurado de cada garantia relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes, além do prêmio total.

A seguradora solicitará, quando da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, para efeito de subscrição, a informação ao proponente ou ao segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

Para os portadores de deficiência, deverá ser ressalvado na proposta o grau de eventual invalidez preexistente.

8. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

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

Este seguro é por prazo determinado e sua vigência será de 12 (doze) meses. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

Nos contratos de seguro em que as propostas tenham sido recepcionadas sem o pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da Condições Gerais – SVG

data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

Nos contratos de seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para o futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão o início de vigência da cobertura individual a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

A renovação automática do seguro só poderá ocorrer uma única vez e por igual período, devendo as renovações posteriores, serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa. A renovação expressa poderá efetivada quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada pelo estipulante e desde que não implique em ônus ou dever(es) aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

Será enviado novo certificado individual aos segurados em cada uma das renovações do seguro.

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

A renovação automática não se aplica ao estipulante ou à seguradora que comunicarem o desinteresse da continuidade do plano de seguro, mediante aviso prévio e de forma expressa (por escrito) de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de , no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

9. CAPITAL SEGURADO

Entende-se por capital segurado o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela sociedade seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

- na garantia básica e especial, a data do falecimento;
- nas garantias adicionais de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e de Indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), a data do acidente;
- na garantia adicional de Indenização por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a data da invalidez indicada na Carta de Concessão de Aposentadoria pelo órgão previdenciário.

A reintegração do capital segurado, relativo à Invalidez Parcial da garantia adicional de IPA é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

Nos seguros em que o segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da sociedade seguradora do valor do capital segurado contratado sem a devida solicitação expressa do segurado.

Os valores serão expressos em moeda corrente nacional.

10. RECÁLCULO DO CAPITAL SEGURADO

Nas apólices de seguro onde os capitais segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que estipulante comunicar à seguradora. As variações dos capitais segurados serão também aplicadas nos respectivos valores de prêmios.

11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, na data de renovação do seguro, pelo Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas - **IGP-M / FGV** - acumulado nos 12 (doze) meses anteriores ao mês da renovação, exceto para as apólices que possuam recálculo do capital segurado pela variação salarial. Em caso de extinção do índice acima determinado, será utilizado o **IPCA / IBGE**.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

O custeio do seguro pode ser:

- **Contributário:** em que os segurados Principais pagam prêmio, total ou parcialmente; ou
- **Não Contributário:** em que os segurados Principais não pagam prêmio.

O prêmio poderá ser quitado de forma única ou fracionada, sendo sua periodicidade e critérios de custeio definidos no contrato.

O prêmio será pago sempre antecipadamente ao período de cobertura.

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.

O não pagamento do prêmio na data determinada de vencimento ensejará a abertura de prazo de tolerância, nos termos do item 14. Caso o prêmio não seja quitado dentro do prazo de tolerância, o seguro será cancelado, nos termos do item 15.

Se o segurado atrasar o pagamento do prêmio, o valor devido deverá ser acrescido de atualização monetária, pelo índice previsto no item 11 destas Condições Gerais, e juros de mora, equivalentes a 12% (doze por cento) ao ano, até a data de seu efetivo pagamento, obedecido o prazo de tolerância previsto no item 14.

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

A seguradora informará ao segurado ou seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme tabela acima. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência original da cobertura, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro, desde que haja expressado previsão contratual neste sentido.

No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a sociedade seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender a sua vigência, sendo que não haverá cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.

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

A seguradora poderá delegar ao estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora pelo estipulante, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a abertura de prazo de tolerância e, vencido este prazo, o cancelamento da cobertura, observado o disposto nos itens 14 e 15 dessas Condições Gerais. Fica o estipulante ou sub-estipulante sujeito às cominações legais.

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

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

Caso a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão das garantias.

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

Os prêmios de seguro poderão ser reavaliados anualmente junto ao estipulante, por ocasião da renovação da apólice, com base em critério técnico definido na nota técnica atuarial deste seguro.

Este plano está estruturado sobre o regime financeiro de repartição simples. Devido à natureza do regime adotado, este seguro não permite concessão de resgate ou devolução de prêmios pagos, exceto nos casos expressamente previstos nestas condições gerais.

Os tributos serão pagos por quem a legislação determinar.

13. REENQUADRAMENTO TARIFÁRIO DO PRÊMIO

As faixas etárias desse seguro serão definidas no contrato de seguro.

Durante a vigência do seguro, ocorrendo alteração na idade do segurado que signifique o deslocamento entre as faixas etárias, o prêmio vigente terá um acréscimo acima da variação anual de valores prevista no item 11 dessas condições gerais, conforme a tabela determinada no contrato de seguro.

Os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado. A forma como os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária do segurado, incluindo os valores e os percentuais, e será disponibilizado aos proponentes quando da adesão ou renovação do seguro.

14. TOLERÂNCIA DO SEGURO

Se, após a data estabelecida para o pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, será concedido prazo de tolerância de 30 (trinta) dias para que seja efetuado o pagamento do prêmio em atraso, contados a partir do primeiro dia subsequente ao respectivo vencimento.

Respeitado o limite de 30 (trinta) dias nos termos do parágrafo anterior, haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, com a conseqüente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

Sobre o prêmio quitado em atraso, incidirão juros de mora e atualização monetária conforme previsto no item 12.

15. CANCELAMENTO DO SEGURO

Caso, até o prazo de 30 (trinta) dias a contar da data do vencimento do prêmio, não seja efetuado o pagamento dos prêmios em atraso, o seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, após o término deste prazo, ressalvada a cobertura proporcional constante da tabela do item 12.

O seguro só será rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e, deverá haver anuência prévia e expressa dos segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

No caso de rescisão 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 DA COBERTURA INDIVIDUAL

A cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada. O segurado é obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se for provado que silenciou de má-fé.

A seguradora, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco sem culpa do segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato. O cancelamento só será eficaz trinta dias após a notificação. Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída ao segurado, corrigida pela variação do IGP-M / FGV “pró-rata tempore” até a data do efetivo pagamento.

Consideram-se alterações de risco, entre outras, as seguintes ocorrências:

- mudança de profissão do segurado;**
- mudança de residência do segurado para outro país;**
- do uso habitual de substâncias alcoólicas ou entorpecentes de quaisquer espécies, bem como o hábito de fumar.**

Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado principal cessa, ainda:

- com a morte ou a invalidez permanente total do segurado, nos termos destas condições gerais.
- com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante, podendo, neste caso, o segurado optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo os custos do risco e de cobrança; ou
- quando o segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando persistir a inadimplência no pagamento do prêmio após o prazo de tolerância.

Além das situações mencionadas, a cobertura de cada segurado dependente cessa:

- se for cancelada a respectiva Cláusula Suplementar;
- se cessar a cobertura do segurado principal;
- no caso de cessação da condição de dependente; ou
- a pedido do segurado principal, no caso de cônjuge.

17. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

O segurado perderá o direito à indenização, caso haja por parte do mesmo, seus representantes legais, seus prepostos ou seus beneficiários:

- agravarem intencionalmente o risco;
- inobservância da lei ou das obrigações convencionadas nesse seguro;
- fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas conseqüências.

Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações erradas, 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 o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

I – Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

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

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

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

O segurado ou o estipulante se obriga ainda à comunicar à sociedade seguradora, para que se façam os devidos ajustes logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar ou modificar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado ou seus beneficiários deverão comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste item.

O prazo máximo para pagamento do sinistro, após a entrega de toda a documentação mínima exigida pela seguradora para a liquidação do mesmo, será de 30 (trinta dias). **Em caso de dúvida fundada e justificável pela seguradora, outros documentos, além daqueles listados neste item, poderão ser solicitados, sendo, o prazo estabelecido neste parágrafo suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.**

Com a finalidade de se determinar inequivocamente e/ou confirmar o beneficiário legal do seguro, poderão ser solicitados outros documentos pela seguradora, respeitados o prazo e o critério de suspensão do parágrafo anterior.

Expirado o prazo máximo para pagamento do sinistro pela seguradora, observado o critério da suspensão, o valor da indenização será atualizado monetariamente pela variação positiva do Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas (IGP-M / FGV), também incidindo sobre este valor juros de mora. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo (de 30 dias), serão equivalentes a 12% (doze por cento) ao ano. A atualização monetária será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade do seguro e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

Os prazos prescricionais são aqueles determinados por lei.

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica. Esta junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data de indicação do membro nomeado pelo segurado. A aposentadoria por invalidez concedida ao segurado por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

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

A ocorrência de sinistro será comprovada mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- Em caso de morte natural:

- a) Aviso de Sinistro preenchido pelo estipulante e médico assistente do falecido;
- b) Comprovante de vínculo empregatício do segurado, tais como: Ficha de Registro de Empregado completa; Relação de FGTS onde conste o nome do segurado, Contrato, etc...(cópia autenticada);
- c) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- d) Certidão de nascimento e/ou casamento, RG, CPF e comprovante de residência do falecido (cópia autenticada);
- e) Declaração de únicos herdeiros (reconhecida em cartório);
- f) Declaração de o INSS informando quem são os dependentes do segurado na Previdência Social (cópia autenticada); e
- g) Certidão de nascimento e/ou casamento bem como RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) beneficiário(s) (cópia autenticada). Em se tratando de beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessário cópia autenticada do CPF.

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

- Em caso de morte acidental:

- a) Aviso de Sinistro, preenchido pelo estipulante e pelo beneficiário no campo Informação do Segurado em caso de acidente;
- b) Comprovante de vínculo empregatício do segurado, tais como: Ficha de Registro de Empregado, completa; Relação de FGTS onde conste o nome do segurado, Contrato, etc... (cópia autenticada);
- c) Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- d) Certidão de nascimento e/ou casamento, RG, CPF e comprovante de residência do falecido (cópia autenticada);
- e) Declaração de únicos herdeiros (reconhecida em cartório);
- f) Declaração de o INSS informando quem são os dependentes do segurado na Previdência Social (cópia autenticada);
- g) Certidão de Nascimento e/ou casamento bem como RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) beneficiário(s) (cópia autenticada). Em se tratando de beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessário cópia autenticada do CPF.
- h) Boletim de Ocorrência Policial (original ou cópia autenticada);
- i) Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML (cópia autenticada);
- j) Carteira Nacional de Habilitação do falecido se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo (cópia autenticada);
- k) Cópia autenticada do Laudo do Exame toxicológico e do teor alcoólico, quando realizado;

- Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- a) Aviso de Sinistro preenchido pelo estipulante, segurado e médico assistente;
- b) Comprovante de vínculo empregatício do segurado, tais como: Ficha de Registro de Empregado, completa; Relação de FGTS onde conste o nome do segurado, Contrato, etc... (cópia autenticada);
- c) RG, e CPF e Comprovante de Residência do segurado (cópia autenticada) Em se tratando de beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessário cópia autenticada do CPF;
- d) CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho – se for o caso (cópia autenticada);
- e) Atestado de Alta Médica definitiva, informando as seqüelas deixadas pelo acidente, discriminando cada órgão ou membros lesados, inclusive o percentual (original);
- f) Resultados de todos os exames realizados na pessoa do segurado (original), bem como a Cópia da Carta de Concessão de Aposentadoria fornecida pela Instituição Oficial de Previdência do segurado (cópia autenticada);
- g) Boletim de Ocorrência Policial se for o caso (cópia autenticada);
- h) Carteira Nacional de Habilitação do segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo (cópia autenticada);
- i) Cópia autenticada do Laudo do Exame toxicológico e do teor alcoólico, quando realizado;

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

- Em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:

- a) Aviso de Sinistro preenchido pelo estipulante e médico assistente do segurado;
- b) Comprovante de vínculo empregatício do segurado, tais como: Ficha de Registro de Empregado, completa; Relação de FGTS onde conste o nome do segurado, Contrato, etc... (cópia autenticada);
- c) RG, e CPF e Comprovante de Residência do segurado (cópia autenticada) Em se tratando de beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessário cópia autenticada do CPF;
- e) Resultados de todos os exames realizados e boletins médicos do segurado (original), bem como declaração do médico assistente do segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunção e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do exercício das relações autonômicas do segurado, bem como a Carta de Concessão de Aposentadoria fornecida pela Previdência Social (cópia autenticada).
- f) em caso de antecipação especial por doença terminal, laudo médico subscrito por profissional, devidamente habilitado na sua especialização indicando a data do enquadramento do estágio da doença que se enquadra nesta cobertura.
- g) Termo de Curatela nos casos de indenização relacionados a alienação mental.

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

19. FORMAS DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações deste Plano de Seguro serão pagas sob a forma de pagamento único. Após o pagamento da indenização o risco do segurado será automaticamente excluído da apólice, exceto se a indenização for decorrente de invalidez parcial prevista na garantia adicional de IPA.

20. BENEFICIÁRIOS

Os beneficiários serão designados pelo segurado na proposta de adesão, podendo ser substituídos a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida e assinada.

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

Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e dos segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

21. FORO

Fica eleito o foro da comarca do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir toda e qualquer dúvida proveniente direta ou indiretamente deste seguro.

22. CONSIDERAÇÕES FINAIS

- I. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;
- II. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização; e
- III. 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.

ANEXO I

Tabela para Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente		
Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre importância segurada
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSOS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25

	Anquilose total de um dos punhos	20	
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25	
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18	
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9	
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15	
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12	
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9	
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70	
	Perda total do uso de um dos pés	50	
	Fratura não consolidada de um fêmur	50	
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25	
	Fratura não consolidada da rótula	20	
	Fratura não consolidada de um pé	20	
	Anquilose total de um dos joelhos	20	
	Anquilose total de um dos tornozelos	20	
	Anquilose total de um dos quadris	20	
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25	
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10	
	Amputação de qualquer outro dedo	3	
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	5	
	Dos demais dedos	1,5	
	Encurtamento de um dos membros inferiores		
	de 5 (cinco) centímetros ou mais	15	
	de 4 (quatro) centímetros	10	
	de 3 (três) centímetros	6	
Menos de 3 (três) centímetros	sem indenização		

Anexo II

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS		
ATRIBUTOS	ESCALA	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	0
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	0
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU:	20

	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.	
CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	0
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20
	TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE	
DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTOS	
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	2	
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	2	
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	4	

EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	4
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRACTORIEDADE TERAPÊUTICA.	8