SEGURO VIDA EM GRUPO

Condições Contratuais

Versão 6.2

CNPJ 28.196.889/0001-43

Processo SUSEP nº 10.003367/00-21

NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO

Serviço de Atendimento ao Cliente e Acionamento do Seguro

Atendimento Nacional 0800 729 7000

Atendimento Internacional 55 16 3111 8600

Chat - www.bbseguros.com.br - Atendimento Online

WhatsApp: ..... (11) 4004 7000

Pessoas com Deficiência Auditiva ou de Fala 0800 962 7373

Atendimento exclusivo por equipamento habilitado para essa finalidade.

Ouvidoria 0800 880 2930

De 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h, exceto feriados.

Pessoas com Deficiência Auditiva ou de Fala 0800 775 7003

De 2ª a 6ª feira, das 8h às 18h, exceto feriados

Atendimento exclusivo por equipamento habilitado para essa finalidade.

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, esclarecer e/ou solucionar demandas já tratadas pelos canais de atendimento habituais.

Canal de Conduta e Ética 0800 444 8256

www.canaldecondutaetica.com.br/bbseguros.

Todos os dias, 24 horas.

Canal exclusivo para denúncias sobre quaisquer práticas suspeitas de desvio de conduta ética relacionadas ao seguro. As denúncias poderão ser feitas de forma anônima ou identificada e serão recepcionadas por uma empresa independente e especializada, assegurando o sigilo absoluto e o tratamento adequado a cada situação.

É importante fornecer o máximo de informações possíveis, possibilitando assim a análise assertiva do caso.

Todas as denúncias serão analisadas, investigadas e terão as medidas cabíveis aplicadas.

Para saber demais horários e canais de atendimento, acesse nosso site:
www.bbseguros.com.br/seguros/ajuda/telefones-atendimento-seguros

BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS
Av. das Nações Unidas, n° 14.261 • Ala A • 29° andar
04794-000 • Vila Gertrudes • São Paulo/SP

ÍNDICE

CONDIÇÕES GERAIS 5

1. OBJETIVO DO SEGURO 5
2. DEFINIÇÕES 5
3. COBERTURAS DO SEGURO 9
4. RISCOS EXCLUÍDOS 16
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA 17
6. CARÊNCIA 17
7. ACEITAÇÃO DO SEGURO 17
8 BENEFICIÁRIOS 19
9. CAPITAL SEGURADO 20
10. CUSTEIO DO SEGURO 21
11. REGIME FINANCEIRO 21
12. PAGAMENTO DE PRÊMIO 21
13. TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO 22
14. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL 23
15. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 23
16. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO 23
17. TÉRMINO OU CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL 24
18. PERDA DE DIREITOS 25
19. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE 26
20. CANCELAMENTO DA APÓLICE 27
21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO 27
22. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS 32
23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE 32
24. PROPAGANDA E PUBLICIDADE 34
25. PRESCRIÇÃO 34
26. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES 34
27. FORO 34

CONDIÇÕES ESPECIAIS.....35
28. APLICAÇÃO DA CLÁUSULA.....35
29. INÍCIO DA COBERTURA.....35
30. CAPITAL SEGURADO.....35
31. BENEFICIÁRIOS 36
32. FATURAMENTO DA COBRANÇA DOS PRÊMIOS 36
33. COBERTURA.....36
34. TÉRMINO DAS COBERTURAS DESTA CLÁUSULA.....36
35. CONDIÇÃO FINAL.....36

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro de pessoas tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao beneficiário do seguro, observadas as coberturas contratadas e condições contratuais, em vigor na data da ocorrência do evento, respeitando-se os riscos expressamente excluídos da apólice.

2. DEFINIÇÕES

2.1. Para a determinação da cobertura, será considerado Acidente Pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e **DIRETAMENTE externo, súbito, involuntário e violento, CAUSADOR DE LESÃO FÍSICA** que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, **tenha como consequência DIRETA a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, do SEGURADO**, observando os exemplos abaixo:

Eventos cobertos:

a) Suicídio ou a sua tentativa, ressalvado o prazo de Carência.

b) Acidentes decorrentes de:

b.1) Ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

b.2) Escapamento acidental de gases e vapores;

b.3) Sequestros e tentativas de sequestros;

b.4) Alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

Eventos não cobertos:

b.1) **as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ressalvadas as provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente coberto.**

b.2) **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**

b.3) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com esses, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**

b.4) 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, definido no conceito do Seguro.

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

2.3. Apólice: Documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.

2.4. Aviso de Sinistro: Comunicação específica de um sinistro, que o segurado ou beneficiário são obrigados a fazer à seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do evento passível de cobertura. Esta comunicação deverá ser feita imediatamente após a ocorrência do evento.

2.5. Beneficiário: Pessoa física designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do evento coberto.

2.6. Capital Segurado: Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, no caso de ocorrência do sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

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

2.8. Certificado Individual: Documento destinado ao segurado, emitido pela 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.

2.9. Coberturas de Risco: Cobertura do seguro de pessoas conferida pelo contrato de seguro a evento incerto que independe da vontade das partes contratantes, cujo evento gerador não seja a sobrevivência do(a) segurado(a) a uma data predeterminada.

2.10. Comoriência: É a presunção de morte simultânea, quando do falecimento de dois ou mais indivíduos na mesma ocasião, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro.

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

2.12. Condições Contratuais: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação e adesão, certificado individual, condições gerais, condições especiais, e demais disposições contratuais da apólice.

2.13. Condições Especiais: Conjunto de disposições específicas relativas a cada modalidade de cobertura de um plano de seguro que, eventualmente, alteram as condições gerais.

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

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

2.16. **Corretor:** É o intermediário, seja pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas. O Corretor de seguros responderá civilmente perante os estipulantes, segurados e as seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.

2.17. **Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** É o documento legal e formal, utilizado para avaliação do risco pela seguradora, no qual o proponente presta as informações e declarações, inclusive sobre a atividade profissional exercida e o seu estado de saúde.

2.18. **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 adesão ao seguro. Caracteriza-se, ainda, quando o segurado omite tratamento realizado na contratação do seguro. A OMISSÃO DESSAS DOENÇAS OU LESÕES, POR OCASIÃO DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, PODERÁ ENSEJAR A PERDA DE DIREITO AO SEGURO.**

2.19. **Doença Profissional:** É toda e qualquer deficiência e/ou enfraquecimento da saúde humana, causada por uma exposição contínua a condições inerentes à ocupação de uma pessoa, ou seja, é aquela que se mostra em consequência da atividade profissional desempenhada.

2.20. **Endosso:** Documento emitido pela seguradora por meio do qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.

2.21. **Estipulante:** Pessoa física ou jurídica que contrata plano de seguro coletivo e fica investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante/averbador por não participar do custeio do plano.

2.22. **Evento Coberto:** É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de enquadramento nas coberturas previstas na apólice contratada.

2.23. **Foro:** Âmbito geográfico competente para as disputas judiciais decorrentes do contrato de seguro.

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

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

2.26. **Impotência Funcional:** É a alteração de função orgânica ou de partes do organismo que gera prejuízo impeditivo ao indivíduo.

2.27. **Indenização:** É o valor a ser pago ao beneficiário pela seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada, vigente na data da ocorrência do sinistro.

2.28. **Início de Vigência:** É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora.

2.29. **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.

2.30. **Médico Assistente:** Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina responsável pelo acompanhamento clínico e pelo diagnóstico do segurado. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, companheiro(a), dependentes, parentes consanguíneos ou afins,mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma indenização por parte da seguradora.**

2.31. **Nota Técnica Atuarial:** Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano, protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

2.32. **Paciente Terminal:** Considera-se paciente terminal os portadores de doenças para as quais foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresentem estado clínico grave, **sem perspectiva de recuperação** e para os quais **há expectativa de morte iminente, onde as medidas terapêuticas aplicáveis NÃO ensejarão em aumento de sobrevida do paciente, sendo caracterizado como tratamento meramente paliativo.**

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

2.34. **Período de Cobertura:** Prazo de duração da cobertura contratada, respeitadas as condições contratuais, no qual o segurado ou o(s) beneficiário(s), quando for o caso, fará(ão) jus aos capitais segurados contratados, em caso de ocorrência de evento coberto.

2.35. **Prazo de Carência:** Período contado a partir da data de início de vigência do seguro, durante o qual a seguradora está isenta de responsabilidade indenizatória, ou seja, em que o segurado ou o(s) beneficiário(s) não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados em eventual ocorrência de sinistro.

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

2.37. **Prêmio Comercial:** Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos se houver.

2.38. **Prêmio Puro:** Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos, se houver.

2.39. **Proponente:** Pessoa física que apresenta proposta para a contratação do seguro, interessada em contratar a(s) cobertura(s) ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

2.40. **Proposta de Adesão:** Documento contendo 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.

2.41. **Proposta de Contratação:** Documento assinado pelo estipulante contendo as coberturas do plano de seguro, no qual o estipulante expressa a intenção de contratação do seguro coletivo, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.42. **Redução Funcional:** É a alteração de função, de intensidade variável, que pode gerar disfunção ou insuficiência de órgãos ou de partes do organismo.

2.43. **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 sua cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.

2.44. **Reintegração do Capital Segurado:** É o restabelecimento do capital segurado após a ocorrência de um sinistro, mediante aceitação da seguradora.

2.45. **Riscos Excluídos:** Correspondem aos riscos, previstos nas condições contratuais não cobertos pelo plano de seguro contratado.

2.46. **Segurado:** Pessoa física, com interesse segurável, sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

2.47. **Segurado Principal:** É o segurado vinculado por qualquer forma ao estipulante.

2.48. **Segurados Dependentes**: É o cônjuge ou companheiro(a) do segurado principal, quando incluído no contrato de seguro, desde que não seja segurado principal.

2.49. **Seguradora:** É empresa legalmente constituída para comercializar seguro e que se responsabiliza pela(s) cobertura(s) contratada(s), mediante recebimento de prêmio, conforme estabelecido nestas condições contratuais.

2.50. **Sinistro:** A ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

2.51. **Vigência do Seguro:** É o período fixado para validade do contrato de seguro.

2.52. **Vigência da Cobertura Individual:** Período em que, respeitada a apólice em vigor, o segurado tem direito à(s) cobertura(s) do seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. **Cobertura de Morte, Natural ou Acidental (MNA):** É a garantia do pagamento de indenização ao beneficiário do seguro de 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte natural ou acidental do segurado, observada as condições contratuais, **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**

3.2. **Cobertura de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA):** É a garantia de pagamento de um capital adicional equivalente a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para a cobertura de morte se constatado que a morte do segurado foi decorrente de **acidente pessoal coberto**, conforme definido nas condições contratuais, **desde que não se trate de risco expressamente excluído.**

3.3. **Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** É a garantia de pagamento de uma indenização referente 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, calculada conforme a TABELA PARA O CÁLCULO**

DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE, constante no subitem 3.3.4, desta cláusula **e desde que não se trate de risco expressamente excluído, limitado ao valor correspondente a 100% (cem por cento) do capital segurado relativo a Cobertura de Morte.**

3.3.1. **Para fim deste seguro, considera-se Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis na oportunidade e determine a perda total ou parcial do uso de um membro ou órgão.**

3.3.2. No caso de Invalidez Permanente **decorrente de Acidente Pessoal coberto**, 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, de uma só vez, uma indenização, de acordo com a **TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE**, descrita no subitem 3.3.4.

A) **Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesionado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para a sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução E, SENDO INFORMADO APENAS O GRAU DE REDUÇÃO (MÁXIMO, MÉDIO OU MÍNIMO), A INDENIZAÇÃO SERÁ CALCULADA, RESPECTIVAMENTE, NA BASE DAS PERCENTAGENS DE 75% (SETENTA E CINCO POR CENTO), 50% (CINQUENTA POR CENTO) E 25% (VINTE E CINCO POR CENTO);**

B) **Em todos os casos de Invalidez Permanente Parcial não especificados na citada tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão;**

C) **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) do capital segurado individual. 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;**

D) **A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão JÁ DEFEITUOSO ANTES DO ACIDENTE será indenizada, deduzindo-se do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.**

3.3.3. **As Indenizações pelas Coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por IPA, verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização relativa a Morte, deduzido o valor já pago pela IPA.**

3.3.4. TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

Caracterizada a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, conforme previsto nestas condições gerais, a indenização será efetuada conforme tabela abaixo:

TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	**DISCRIMINAÇÃO**	**% SOBRE O CAPITAL SEGURADO DA COBERTURA BÁSICA**
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Mudez incurável	50
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Perda total da visão de um olho	30
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna	25
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
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 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 da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 (um terço) 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
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos de uma parte do mesmo pé	25
	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
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo, indenização equivalente a ½ (metade), e dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 4 (quatro) centímetros	10
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 3 (três) centímetros	06
	Encurtamento de um dos membros inferiores de menos de 3 (três) centímetros	sem indenização
PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela		
DIVERSAS	**MANDÍBULA**	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
	Em grau máximo	15

	Em grau médio	10
	Em grau mínimo	05
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
	Perda total do olfato	7
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais	
	Bilateral com fístulas	25
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Unilateral	7
	Lesões da pálpebra	
	Entrópio bilateral	14
	Ptose palpebral bilateral	10
	Entrópio bilateral	7
	Ectrópio bilateral	6
	Má oclusão palpebral bilateral	6
	Ptose palpebral unilateral	5
	Ectrópio unilateral	3
	Má oclusão palpebral unilateral	3
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total das duas orelhas	16
	Amputação total de uma orelha	8
	APARELHO URINÁRIO	
	Incontinência urinária permanente	30
	Cistostomia (definitiva)	30
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Perda de rim único	75
	Perda de um rim, com rim remanescente	
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Com função preservada	30

	APARELHO REPRODUTOR E GENITAL	
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda de dois testículos	15
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero depois da menopausa	10
	Perda de um testículo	05
	Perda de um ovário	05
	PESCOÇO	
	Traqueostomia definitiva	40
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total)	
	Com insuficiência respiratória	75
	Com redução em grau médio da função respiratória	50
	Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Com função respiratória preservada	15
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia bilateral	20
	Mastectomia unilateral	10
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia total	40
	Gastrectomia subtotal	20
	Perda do baço	15
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia	40
	Ressecção parcial	20
	INTESTINO GROSSO	
	Colostomia definitiva	40
	Colectomia total	40
	Colectomia parcial	20

	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
	HÉRNIAS	
	Hérnia de Disco Cervical	20
	Hérnia de Disco Lombar e Torácica	25
	Hérnia de Diafragma (sem comprometimento respiratório)	20
	Hérnia de Diafragma (com comprometimento respiratório)	40
	Hérnia Inguinal ou Inguino-escrotal	10
	Hérnia Incisional	20
	Hérnia de Hiato	10
	Hérnia Umbilical	10
	Hérnia Epigástrica	10

3.4. **Cobertura de Doença Terminal (DT):** É o evento que possibilita a **antecipação de 50% (cinquenta por cento) da indenização relativa à Cobertura de Morte, caso o segurado seja considerado paciente terminal, conforme definido nestas condições e desde que decorrido o prazo de carência** conforme subitem 3.4.1 e que não se trate de risco expressamente excluído na apólice contratada.

3.4.1. **Para que o segurado adquira o referido benefício, torna-se necessário cumprir o prazo de carência de 180 (cento e oitenta) dias, corridos.**

3.4.2. **O prazo de carência será contado a partir da data de início de vigência individual ou da parcela do aumento do capital segurado.**

3.4.3. **O CANCELAMENTO DA COBERTURA NÃO DÁ DIREITO À DEVOLUÇÃO OU RESGATE DO PRÊMIO PAGO.**

3.4.4. **ESTE É UM SEGURO DE VIDA COLETIVO, SENDO ESTRUTURADO NO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, CONFORME DESCRITO NO ITEM 11.2 DA CLÁUSULA 11 – REGIME FINANCEIRO DESTAS CONDIÇÕES GERAIS. DESSA MANEIRA, NÃO HÁ CONSTITUIÇÃO DE PROVISÃO MATEMÁTICA DE BENEFÍCIOS A CONCEDER, PORTANTO NÃO EXISTE RESERVA TÉCNICA INDIVIDUAL PARA SER DEVOLVIDA EM CASO DE CANCELAMENTO.**

3.5. **As coberturas deste seguro não poderão ser comercializadas isoladamente.**

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DE TODAS AS COBERTURAS DESTE SEGURO OS EVENTOS RELACIONADOS OU OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA:

A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA, OU A EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;

B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, INVASÕES, ATOS MILITARES, HOSTILIDADES, DE GUERRA CIVIL OU 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;

C) DE LESÕES OU DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, QUE SEJAM DE CONHECIMENTO DO SEGURADO OU QUE O OBRIGUEM A FAZER ACOMPANHAMENTO MÉDICO OU USO DE MEDICAMENTO DE FORMA CONTINUADA OU TRATAMENTO EM REGIME HOSPITALAR EM PERÍODO CUJOS EFEITOS PERSISTAM ATÉ A DATA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO E QUE NÃO FOI(RAM) DECLARADA(S) PELO SEGURADO NA PROPOSTA DE ADESÃO;

D) DA TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, OCORRIDOS ANTES DE COMPLETADOS 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS DO INÍCIO DA RESPECTIVA COBERTURA INDIVIDUAL DE CADA SEGURADO;

E) DANOS E PERDAS CAUSADAS 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 ATENTÓRIO À ORDEM PÚBLICA PELA AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;

F) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL, DE UM OU DE OUTRO;

G) QUAISQUER DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS TRANSMITIDAS POR PICADAS DE INSETOS;

H) OS TRATAMENTOS E OPERAÇÕES CIRÚRGICAS DE CARÁTER ESTÉTICO NÃO CONSECUTIVOS AO ACIDENTE;

I) OS ERROS MÉDICOS;

J) AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO DOENÇAS OCUPACIONAIS RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, INCLUSIVE A LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, PROBLEMAS AUDITIVOS E OUTROS;

K) ENVENENAMENTO, EXCETO ESCAPAMENTO ACIDENTAL DE GASES E VAPORES.

4.2. ALÉM DOS RISCOS ACIMA MENCIONADOS, ESTÃO, TAMBÉM, EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DESTAS CONDIÇÕES GERAIS:

A) OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;

B) INTOXICAÇÕES ALIMENTARES DE QUALQUER ESPÉCIE, BEM COMO AS INTOXICAÇÕES DECORRENTES DA AÇÃO DE PRODUTOS QUÍMICOS E/OU MEDICAMENTOS, SALVO QUANDO PRESCRITOS POR MÉDICO, EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO, DESDE QUE SEJA DEMONSTRADO SEU NEXO CAUSAL;

C) EPIDEMIAS E PANDEMIAS, DECLARADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE;

D) CONDUÇÃO DE VEÍCULO SEM A ADEQUADA HABILITAÇÃO.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

5.1. O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.

6. CARÊNCIA

6.1. HAVERÁ CARÊNCIA DE 2 (DOIS) ANOS ININTERRUPTOS PARA A TENTATIVA OU CONSUMAÇÃO DE SUICÍDIO E SUAS CONSEQUÊNCIAS.

6.2. O PRAZO DE CARÊNCIA SERÁ CONTADO A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA INDIVIDUAL.

6.3. NÃO HÁ PRAZO DE CARÊNCIA PARA SINISTROS DECORRENTES DE ACIDENTES PESSOAIS, RESSALVADA A HIPÓTESE PREVISTA NO ITEM 6.1.

6.4. O LIMITE MÁXIMO QUE UM PLANO DE SEGURO PODERÁ ESTABELECER COMO PRAZO DE CARÊNCIA SERÁ DE 2 (DOIS) ANOS.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1. A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE SE FORMALIZARÁ ATRAVÉS DA ASSINATURA DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO PELO ESTIPULANTE E PELO CORRETOR, CONTENDO AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO E AS DEMAIS INFORMAÇÕES DEFINIDAS PELAS DISPOSIÇÕES LEGAIS E REGULAMENTARES EM VIGOR.

7.2. Poderá ser aceito como segurado, todo o proponente que esteja, na data da adesão ao seguro, em plena atividade profissional, em perfeitas condições de saúde e **com idade compreendida entre 16 (dezesseis) anos e 64 (sessenta e quatro) anos.**

7.3. A ACEITAÇÃO DA PROPOSTA ESTÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.

7.4. A contratação ou alteração do seguro se formalizará através do preenchimento da proposta de adesão com declaração pessoal de saúde, devidamente assinada pelo proponente, seu representante legal ou pelo corretor de seguros e da respectiva aceitação pela seguradora, que tem o prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de protocolo da proposta na seguradora, seja para seguros novos ou renovações bem como para alterações que impliquem modificação do risco, para aceitação ou recusa do risco.

7.5. O prazo de 15 (quinze) dias, para a análise e aceitação do risco ou alteração da proposta, será suspenso, quando a seguradora verificar que as informações contidas na proposta de adesão são insuficientes e solicitar, por uma única vez, a apresentação de novos documentos ou de exames. A contagem do prazo de 15 (quinze) dias voltará a correr a 0 (zero) hora do dia seguinte em que ocorrer o protocolo de entrega do que tiver sido solicitado.

7.5.1. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo, os processos de aceitação do seguro com documentação incompleta até a data do protocolo de recebimento do último documento exigido.

7.6. A recusa do risco será comunicada ao proponente por escrito, devidamente justificada.

7.7. Após o prazo de 15 (quinze) dias, a aceitação do seguro será automática, caso não haja a comunicação ao proponente por escrito, em caso de recusa.

7.8. Na proposta de adesão deverão ser prestadas todas as informações que permitirão à seguradora avaliar as condições de aceitação ou de recusa do seguro. A constatação de omissões ou de declarações inexatas de circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no prêmio, ensejará a perda do direito à cobertura, além de ficar obrigado ao prêmio vencido. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora terá o direito, a seu critério, de resolver o contrato ou a cobrar a diferença do prêmio, mesmo após o sinistro.

7.9. O pagamento antecipado do prêmio do seguro, não caracteriza a aceitação da proposta. Recebida proposta pela seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, e o prêmio antecipado, terá início um período máximo de 15 (quinze) dias, com cobertura condicional, no qual a seguradora avaliará o risco.

7.10. Considera-se cobertura condicional, para efeito deste item, aquela em que a seguradora dará cobertura durante a análise da proposta, a contar da data do pagamento do prêmio antecipado, desde que o proponente esteja em perfeitas condições de saúde, ou ainda, por qualquer motivo não represente risco agravado para a seguradora.

7.11. No caso de não aceitação de seguro em que já tenha havido pagamento do prêmio à seguradora, os valores pagos, líquidos de IOF, serão devolvidos deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos após a formalização da recusa.

7.12. O PRÊMIO, A QUE SE REFERE NO ITEM 7.11, SERÁ ATUALIZADO PELO IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA FORMALIZAÇÃO DA RECUSA E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.

7.12.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 7.12, o índice a ser utilizado será o IGP–M/FGV – Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

7.13. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 7.12, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO, DE 0,25% (VINTE E CINCO CENTÉSIMOS POR CENTO) AO MÊS "PRO RATA TEMPORIS", DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 10 (DEZ) DIAS CORRIDOS PARA DEVOLUÇÃO, ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

7.14. É VEDADA A CONTRATAÇÃO DO SEGURO ATRAVÉS DE PROCURAÇÃO.

7.15. A aceitação do seguro implicará na emissão, pela seguradora, de certificado individual, que será entregue ao segurado.

8 BENEFICIÁRIOS

8.1. No caso da ocorrência do evento morte do segurado, a indenização correspondente à cobertura de Morte, será paga de uma só vez e será devida aos beneficiários indicados pelo segurado. Na falta de indicação expressa de beneficiários ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita sem que haja outro beneficiário indicado, serão beneficiários aqueles designados por lei, devendo ser aplicado o disposto no artigo 792 do Código Civil Brasileiro, ou seja, metade ao cônjuge e o restante aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária.

8.2. Para efeitos deste seguro, a(o) companheira(o) será equiparada(o) ao cônjuge, caso seja comprovada a união estável e que o(a) segurado(a) era solteiro(a) ou separado(a) de fato.

8.3. Em caso de falecimento do único beneficiário(a) indicado no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, o capital segurado será pago aos beneficiários legais do segurado.

8.4. Em caso de falecimento de um dos beneficiários indicados no contrato de seguro antes do óbito do segurado (premoriência) e não tenha sido indicado novo beneficiário em seu lugar, será aplicada a cláusula de reversão, com a distribuição do capital segurado destinado ao beneficiário pré-morto entre os demais beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade conferida pelo segurado a cada um, de forma a preservar a sua manifestação de vontade.

8.5. Em caso de falecimento simultâneo do segurado com um dos beneficiários, não sendo possível averiguar quem precedeu ao outro (comoriência), serão aplicadas as mesmas regras dos itens 8.3 e 8.4, considerando que o beneficiário comoriente não adquire direito ao capital segurado.

8.6. EM CASO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO IMPEDIDO POR LEI OU QUE TENHA PROVOCADO A MORTE DO SEGURADO, OU AINDA, NA IMPOSSIBILIDADE DE PAGAMENTO AO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S), A(S) PARTE(S) DO CAPITAL SEGURADO QUE CABERIA(M) A ESTE(S) SERÁ(ÃO) PAGA(S) AOS DEMAIS BENEFICIÁRIOS INDICADO(S), EM PARTES PROPORCIONAIS, RESPEITADO O PERCENTUAL ORIGINALMENTE DEFINIDO PELO SEGURADO E, NA FALTA DE OUTROS BENEFICIÁRIOS SERÁ PAGO CONFORME ESTABELECIDO NO ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.

8.7. SE O SEGURADO NÃO RENUNCIAR À FACULDADE, PODERÁ, A QUALQUER TEMPO, SUBSTITUIR O BENEFICIÁRIO, POR ATO ENTRE VIVOS OU DE ÚLTIMA VONTADE, MEDIANTE CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO DA SEGURADORA E ENCAMINHAMENTO DE CORRESPONDÊNCIA NOMEANDO OS NOVOS BENEFICIÁRIOS.

8.7.1. O CONTATO COM A CENTRAL DE ATENDIMENTO NÃO FORMALIZA A SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO E NÃO DISPENSA O ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA.

8.7.2. QUALQUER ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO SOMENTE TERÁ VALIDADE NO 1° (PRIMEIRO) DIA ÚTIL SUBSEQUENTE À DATA DO PROTOCOLO NA SEGURADORA DA CORRESPONDÊNCIA DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO.

8.7.3. EM CASO DE NÃO RECEBIMENTO DA FORMALIZAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO, DEVIDAMENTE ASSINADA PELO SEGURADO, A SEGURADORA APLICARÁ A DISTRIBUIÇÃO DO CAPITAL SEGURADO CONFORME A INDICAÇÃO IMEDIATAMENTE ANTERIOR.

8.8. No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Doença Terminal, o beneficiário será o próprio segurado.

8.9. Todo segurado tem o direito de indicar, na respectiva proposta de adesão, o beneficiário do seguro.

9. CAPITAL SEGURADO

9.1. O capital segurado corresponde ao valor máximo de indenização devida na ocorrência do sinistro coberto pela apólice e vigente na data do evento, respeitando os limites estabelecidos.

9.2. É permitido ao proponente contratar mais de um seguro complementar ao primeiro **e a soma dos capitais segurados de todos os seguros contratados junto à seguradora não excederá o limite máximo determinado pela seguradora.**

9.3. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura adicional de INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE é automática após cada acidente, inclusive quando houver indenização referente à Invalidez Permanente Total por Acidente.

9.4. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:

a) Para as coberturas de morte: a data do falecimento;

b) Para as coberturas de acidentes pessoais: a data do acidente;

c) Para a cobertura de Doença Terminal (DT): a data do respectivo atestado médico, que caracterize a DT, devidamente assinado pelo médico assistente.

9.5. Todos os valores são expressos em moeda corrente nacional.

10. CUSTEIO DO SEGURO

10.1. O custeio do prêmio do seguro será **CONTRIBUTÁRIO**, ou seja, o prêmio será integralmente pago pelo segurado.

11. REGIME FINANCEIRO

11.1. **Este plano de seguro é estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, portanto, não haverá devolução ou resgate de prêmios de seguro ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.**

11.2. **No Regime Financeiro de Repartição Simples, os prêmios pagos por todos os segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos naquele período, portanto não existe constituição de Provisão Matemática de Benefícios a Conceder ou Reserva Técnica em nome de cada segurado para ser devolvida em caso de cancelamento do seguro.**

12. PAGAMENTO DE PRÊMIO

12.1. **O valor do prêmio inicial será determinado em função da idade e do capital segurado na época da contratação do seguro.**

12.2. **Na renovação do seguro individual, respeitado o item 12.3, o prêmio será aumentado por mudança de faixa etária do segurado, de acordo com a tabela de comercialização vigente na época do reenquadramento.**

12.3. **O 1º (primeiro) aumento do prêmio em função da mudança de faixa etária do segurado ocorrerá somente na 3ª (terceira) renovação anual do seguro. Os aumentos posteriores respeitarão o disposto no item 12.2.**

12.4. Para garantir seu direito à cobertura, o segurado deverá efetuar o pagamento do prêmio do seguro, conforme a forma de pagamento estipulada, até a data de seu vencimento, de acordo com a forma de pagamento selecionada na proposta de adesão.

12.5. O segurado poderá optar entre as formas de pagamento disponíveis no momento da contratação.

12.6. Nos casos de opção de pagamento por débito em conta corrente, a 1ª (primeira) parcela do prêmio ou o prêmio anual à vista será debitada após respectiva aceitação da proposta pela seguradora. O prêmio mensal (parcelas subsequentes a 1ª) ou o prêmio anual à vista na renovação será debitado na data de vencimento definida pelo segurado na proposta de adesão.

12.7. **Para os casos de opção pelo pagamento por fatura do cartão de crédito, os prêmios serão debitados no vencimento da fatura do cartão. NESSE CASO, O NÃO PAGAMENTO DE PELO MENOS A FATURA MÍNIMA DO CARTÃO ACARRETARÁ A INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO, SENDO APLICADOS OS DISPOSTOS NAS CLÁUSULAS 16 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO E 17 – TÉRMINO OU CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.**

12.8. **A SUSPENSÃO DA AUTORIZAÇÃO DO DÉBITO EM CONTA CORRENTE OU EM FATURA DE CARTÃO DE CRÉDITO CARACTERIZARÁ INADIMPLÊNCIA DO SEGURADO, SENDO APLICADOS OS DISPOSTOS NAS CLÁUSULAS 16 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO E 17 – TÉRMINO OU CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.**

12.9. O segurado poderá solicitar a substituição da forma de pagamento do prêmio de débito em conta corrente para cartão de crédito ou vice-versa.

12.10. Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio de seguro corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o segurado poderá efetuar o pagamento do prêmio no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas coberturas, e sem acréscimo de valor.

12.11. NÃO HAVERÁ DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS NO SEGURO, RESPEITADA A VIGÊNCIA DOS PRÊMIOS PAGOS, EM CASO DE NÃO RENOVAÇÃO OU CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME OS DISPOSTOS NAS CLÁUSULAS 16 – PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO E 17 – TÉRMINO OU CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL.

12.12. Os tributos incidentes sobre o valor do prêmio de seguro serão pagos por quem a legislação vigente determinar.

12.13. O segurado deverá continuar pagando o valor integral do prêmio de seguro, independente de qualquer indenização que tenha sido efetuada em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

13. TABELA DE REENQUADRAMENTO ETÁRIO

13.1. O reenquadramento de taxas por mudança de faixa etária do segurado máximo a ser aplicado na renovação anual da cobertura individual para REAJUSTE DO PRÊMIO, sem prejuízo da atualização monetária prevista na CLÁUSULA 15 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, respeitará a tabela a seguir:

Ouro Vida		
Faixa Etária	**1º Percentual Máximo de Enquadramento [1]**	**Demais Percentuais Máximos de Enquadramentos [2]**
16 a 34 anos	0,00%	-
35 a 39 anos	34,81%	-
40 a 44 anos	28,67%	48,94%
45 a 49 anos	39,91%	55,47%
50 a 54 anos	49,30%	62,29%
55 a 59 anos	45,13%	52,77%
60 a 64 anos	46,10%	50,62%
65 a 69 anos	2,56%	4,65%
70 a 74 anos	-	51,33%
75 a 79 anos	-	54,55%
80 ou mais	-	56,04%

[1] Percentuais referentes ao enquadramento aplicado a partir da 3ª (terceira) renovação do seguro quando houver a **primeira mudança** de faixa etária.

[2] Percentuais referentes aos enquadramentos posteriores ao primeiro enquadramento quando houver a mudança de faixa etária.

14. INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

14.1. O início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta de adesão pela seguradora.

14.2. **No caso de propostas recepcionadas com o pagamento do prêmio total ou parcial, o início da cobertura do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção das propostas pela seguradora.**

14.3. O prazo de vigência da cobertura individual é de 1 (um) ano, podendo ser renovada automaticamente uma única vez. Renovações posteriores deverão ser feitas pelo estipulante, obrigatoriamente, de forma expressa, por solicitação escrita, até o vencimento do respectivo certificado, respeitadas as Cláusulas 17 – TERMINO OU CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL, 19 – VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE e 20 – CANCELAMENTO DA APÓLICE.

14.4. **O certificado individual e seus endossos terão início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.**

14.5. **Em cada uma das renovações da cobertura individual será emitido novo certificado individual ao segurado.**

15. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

15.1. **Os capitais segurados e os prêmios de cada segurado serão atualizados anualmente, com base na variação positiva do IGP–M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado da Fundação Getúlio Vargas, acumulado dos últimos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro.**

15.2. No caso de extinção do índice acima pactuado, o índice a ser utilizado será o IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA ou outro índice admitido oficialmente, que venha a substituí-lo.

16. PRAZO DE TOLERÂNCIA E CANCELAMENTO

16.1. **EM CASO DE NÃO PAGAMENTO DA 1ª (PRIMEIRA) PARCELA DO PRÊMIO MENSAL OU DO PRÊMIO ANUAL À VISTA ATÉ A DATA DE SEU VENCIMENTO, NÃO ESTARÁ CARACTERIZADA A EFETIVAÇÃO DO CONTRATO DO SEGURO.**

16.2. **NÃO HAVERÁ CANCELAMENTO DA COBERTURA ENQUANTO NÃO OCORRER A FALTA DE PAGAMENTO DE DUAS PARCELAS, CONSECUTIVAS OU NÃO. DESTA FORMA, ESTARÃO COBERTOS OS SINISTROS OCORRIDOS DURANTE O PERÍODO DE INADIMPLÊNCIA, COM A CONSEQUENTE COBRANÇA DO PRÊMIO DEVIDO.**

16.3. **O PERÍODO DE TOLERÂNCIA INICIARÁ A PARTIR DA DATA DE INADIMPLÊNCIA DO PRÊMIO E PREVALECERÁ ATÉ A DATA DE VENCIMENTO DA 2ª (SEGUNDA) PARCELA INADIMPLENTE.**

16.4. A seguradora enviará correspondência ao segurado, em até 10 (dez) dias após a falta de pagamento da 1ª (primeira) parcela, advertindo quanto à necessidade de quitação do prêmio de seguro em atraso. Esta correspondência funciona como **NOTIFICAÇÃO** para o cumprimento da contraprestação do contrato (pagamento do prêmio), **SOB PENA DA APLICAÇÃO DO DISPOSTO NO ITEM 16.6 DESTA CLÁUSULA.**

16.5. O NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO ATÉ O VENCIMENTO DA 2ª (SEGUNDA) PARCELA RESULTARÁ NO CANCELAMENTO DO SEGURO, E NÃO PODERÁ MAIS SER RESTABELECIDO. HAVENDO INTERESSE DEVERÁ SER CONTRATADO UM NOVO SEGURO ATENDENDO TODOS OS PRÉ- REQUISITOS PARA ACEITAÇÃO DO PROPONENTE, CONFORME O DISPOSTO NA CLÁUSULA 7 – ACEITAÇÃO DO SEGURO DESTAS CONDIÇÕES GERAIS. EM CASO DE NOVA CONTRATAÇÃO, NÃO SERÁ ADMITIDO QUALQUER VÍNCULO COM O SEGURO CANCELADO POR FALTA DE PAGAMENTO.

16.6. OS PRÊMIOS EM ATRASO SERÃO COBRADOS DE UMA SÓ VEZ E ACRESCIDOS DA VARIAÇÃO POSITIVA DO IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/ FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DO VENCIMENTO DO PRÊMIO EM ATRASO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SEU EFETIVO PAGAMENTO CALCULADA NA BASE PRO RATA DIA.

16.6.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 16.6, o índice a ser utilizado será o IGP–M/FGV – Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

16.7. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 16.6, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O PRÊMIO ATUALIZADO, DE 0,25% (VINTE E CINCO CENTÉSIMOS POR CENTO) AO MÊS PRO RATA TEMPORIS, DO 1° (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO VENCIMENTO DO PRÊMIO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

17. TÉRMINO OU CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

17.1. A cobertura de qualquer segurado termina:

a) no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitada as respectivas vigências em curso dos seguros individuais, cujo(s) prêmio(s) tenham sido integralmente pagos;

b) em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas condições gerais;

c) com a exclusão do segurado da apólice:

i. pelo pagamento da indenização por Morte;

ii. por falta de pagamento do prêmio anual á vista na renovação ou de 2 (duas) parcelas mensais; e

iii. devido a cancelamento a pedido do segurado protocolado na seguradora ou cancelamento a pedido da seguradora, desde que por escrito:

- **Caso o segurado tenha optado pela periodicidade de prêmio anual à vista, a seguradora reterá do prêmio, além dos emolumentos, a parte do tempo decorrido, calculado na base pro rata temporis;**

- **Em caso de pagamento mensal a cobertura permanecerá vigente até o final do período de vigência vinculado a última parcela mensal paga pelo segurado. Neste caso não caberá a devolução de prêmio e o cancelamento será efetivado a partir da parcela subsequente;**

d) **com o término do vínculo entre o segurado e o estipulante; e**

e) **com esgotamento dos limites máximos de indenização.**

18. PERDA DE DIREITOS

18.1. **A SEGURADORA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ O PRÊMIO DO SEGURO E TERÁ AINDA O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, SE O SEGURADO AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO, OU CASO O ESTIPULANTE, O SEGURADO, SEU(S) PREPOSTO(S), SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SEU CORRETOR OU SEU(S) REPRESENTANTE(S) LEGAL(IS):**

A) **FIZER(EM) DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR(EM) CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU NO VALOR DO PRÊMIO. NESTE CASO, O SEGURADO TAMBÉM FICARÁ OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO;**

B) **FALTAR COM O CUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES AJUSTADAS PELO CONTRATO DESTE SEGURO;**

C) **NO CASO DE FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULAR ACIDENTE OU AGRAVAR AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.**

18.2. **SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO ESTIPULANTE, DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, A SEGURADORA PODERÁ:**

I. **NA HIPÓTESE DE NÃO OCORRÊNCIA DO SINISTRO:**

A) **CANCELAR O SEGURO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO; OU**

B) **MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.**

II. **NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:**

A) **CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO; OU**

B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU 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 DE INDENIZAÇÃO, MEDIANTE COBRANÇA DA DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

18.3. O SEGURADO(A) É OBRIGADO(A) A COMUNICAR À SEGURADORA, LOGO QUE SAIBA, DE TODO E QUALQUER INCIDENTE SUSCETÍVEL DE AGRAVAR CONSIDERAVELMENTE O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À COBERTURA, SE PROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ, CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE.

18.3.1. COMUNICADA A RESPEITO DE QUALQUER INCIDENTE, A SEGURADORA PODERÁ CANCELAR O SEGURO, MEDIANTE COMUNICAÇÃO POR ESCRITO AO SEGURADO, DESDE QUE O FAÇA NO PRAZO MÁXIMO DE 15 (QUINZE) DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO AVISO DA AGRAVAÇÃO DO RISCO.

18.3.2. ENTRE OUTRAS OCORRÊNCIAS, TAMBÉM CARACTERIZA-SE COMO ALTERAÇÃO DE RISCO: AS INFORMAÇÕES PRESTADAS NA PROPOSTA DE ADESÃO COMO MUDANÇA DE ATIVIDADE/PROFISSÃO DO SEGURADO. NÃO SERÁ CONSIDERADA COMO MUDANÇA DE RISCO A ALTERAÇÃO NO ESTADO DE SAÚDE DO SEGURADO OCORRIDA APÓS A CONTRATAÇÃO DO SEGURO.

18.3.3. A RESCISÃO DO CONTRATO DO SEGURO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO, DEVENDO SER RESTITUÍDA A DIFERENÇA DO PRÊMIO, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

19. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

19.1. A apólice de seguro tem vigência de 1 (um) ano, com renovação automática, por uma única vez, por igual período.

19.1.1. A apólice poderá não ser renovada por expressa desistência do estipulante ou da seguradora, até 60 (sessenta) dias antes do seu aniversário, e desde que haja comunicação prévia de igual período ao segurado.

19.2. A renovação da apólice deverá ser por escrito entre o estipulante e a seguradora, a qualquer tempo, até o último dia da vigência em curso, salvo se a seguradora ou o estipulante tiverem expressamente declarado, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias em relação a esta data, seu desinteresse na renovação.

19.3. Caso haja, na renovação, qualquer alteração na apólice, que implique ônus, deveres adicionais aos segurados ou redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa do estipulante, acompanhada de documento que comprove a anuência de segurados que representem no mínimo ¾ (três quartos) do grupo segurado.

19.4. A apólice e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

19.5. **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.**

20. CANCELAMENTO DA APÓLICE

20.1. **CASO NÃO HAJA ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE, QUANTO AS MODIFICAÇÕES DESCRITAS NA CLÁUSULA 22 – MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS, A APÓLICE PODERÁ SER CANCELADA, DESDE QUE HAJA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE ¾ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO, E MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (SESSENTA) DIAS, NO MÍNIMO, DIRIGIDO AOS SEGURADOS, OBSERVADA A VIGÊNCIA DOS SEGUROS EM CURSO CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO PAGOS.**

20.2. **A SEGURADORA NÃO PODERÁ CANCELAR A APÓLICE COLETIVA DURANTE O PRAZO DE VIGÊNCIA SOB A ALEGAÇÃO DE ALTERAÇÃO DA NATUREZA DOS RISCOS.**

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

21.1. Ocorrendo qualquer um dos eventos cobertos pelo seguro, o segurado ou seu beneficiário deverá comunicar imediatamente o sinistro por meio da Central de Atendimento da seguradora.

21.2. Para o processo de regulação do sinistro deverão ser apresentados pelo segurado ou beneficiários os documentos básicos relacionados abaixo:

21.2.1. Documentação básica para **qualquer evento:**

a) Formulário “aviso de sinistro” assinado;

b) Cópia do RG e CPF do segurado que sofreu o sinistro;

c) Cópia do comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante).

21.2.2. Documentação complementar para o evento **Morte, além dos documentos descritos no subitem 21.2.1**, deverão ser apresentados também os seguintes documentos:

a) Certidão de óbito da pessoa que sofreu o sinistro;

b) Quando a **Morte tiver ocorrido por acidente, além do documento descrito na alínea “a)” deste subitem**, também deverão ser apresentados:

i. Cópia do Laudo de Necropsia;

ii. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), **se cabível;**

iii. Cópia do Brevê de Piloto, **em caso de acidente aeronáutico e se o segurado for o piloto;**

iv. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), **se acidente automobilístico e o(a) segurado(a) for o condutor;**

v. Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;

vi. Cópia dos Laudos dos Exames Toxicológicos e de Dosagem Alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o(a) segurado(a)).

21.2.3. O(s) **beneficiário(s) indicado(s)** pelo segurado, **além dos documentos descritos nos subitens 21.2.1 e 21.2.2**, deverão apresentar **também** os seguintes documentos:

a) Cópias de RG(s) e CPF(s);

i. Na falta do RG, para beneficiário(s) menor(es) de idade poderá(ão) ser enviada(s) cópia(s) da(s) Certidão(ões) de Nascimento. **Independente da idade do(s) beneficiário(s), a(s) cópia(s) da(s) certidão(ões) de nascimento não dispensará(ão) o envio da(s) cópia(s) do(s) CPF(s) dele(s);**

b) Se o cônjuge for o beneficiário do seguro é necessário o envio da Certidão de Casamento, extraída no cartório após o óbito, **necessária somente** caso o estado civil do segurado seja casado, divorciado, separado ou viúvo. Em caso de companheiro(a) é necessária Declaração que comprove união estável ou condição equiparada, firmada em cartório, ou emitida pelo órgão previdenciário ou cópia da declaração de imposto de renda onde consta que o companheiro(a) seja dependente do segurado;

c) Cópia do(s) comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s) e indicação de número de telefone para contato;

i. Caso o(s) beneficiário(s) seja(m) menor(es) de idade e não tenha(m) comprovante de endereço em seu(s) nome(s);

ii. Encaminhar cópia do comprovante de residência do(s) representante(s) legal(is);

iii. Encaminhar declaração assinada por seu(s) representante(s) legal(is), confirmando seu(s) respectivo(s) endereço(s).

21.2.4. Na falta de beneficiário(s) indicado(s) pelo segurado, o(s) beneficiário(s) legal(is), além dos documentos descritos nos subitens 21.2.1 e 21.2.2, deverão apresentar à seguradora os seguintes documentos:

a) Declaração do(s) herdeiro(s) legal(is) com firma reconhecida em cartório, informando o número total de filhos do segurado, contendo o nome completo e suas respectivas datas de nascimento.

21.2.5. Documentação complementar para o evento **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:**

i. Cópia da carta de concessão de aposentadoria, no caso de IPA Total (se houver);

ii. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor;

iii. Cópia do Comunicado de Acidente do Trabalho (CAT), se houver;

iv. Cópias dos Laudos dos Exames Toxicológicos e de Dosagem Alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado);

v. Original do Exame de raio X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia);

vi. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;

vii. Relatório médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório.

21.2.5.1. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE DE QUE SE TRATA A COBERTURA CONTRATADA, DEVENDO SER COMPROVADA ATRAVÉS DE DECLARAÇÃO MÉDICA.

21.2.6. Documentação complementar para o evento **Doença Terminal:**

i. Cópia da carta de concessão da aposentadoria se houver;

ii. Diagnóstico conclusivo, acompanhado do histórico da patologia e exames pertinentes que comprovem o laudo médico apresentado, originado de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais;

iii. Relatório médico, devidamente preenchido, carimbado e assinado pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro, com firma reconhecida em cartório;

iv. Laudo médico que comprove a doença em fase terminal da pessoa que sofreu o sinistro e ateste o tempo esperado de sobrevida de no máximo 6 (seis) meses, emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada.

21.3. A SEGURADORA SE RESERVA NO DIREITO DE SUBMETER O SEGURADO A EXAMES REALIZADOS POR MÉDICO DE SUA INDICAÇÃO PARA CONSTATAR:

a) **Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:** perícia médica para confirmação do grau ou permanência da invalidez;

b) **Em caso de Doença Terminal:** perícia médica para confirmação da patologia que caracterize Doença Terminal.

21.4. Os menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação de documentação comprobatória.

21.5. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado ou quanto à patologia que caracterize Doença Terminal, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data de contestação, a constituição de junta médica.

21.6. A junta médica de que trata no item anterior, será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. **Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro pelo segurado.

21.7. O NÃO COMPARECIMENTO DO MÉDICO INDICADO PELAS PARTES SERÁ REGISTRADO EM ATA PELOS MÉDICOS QUE COMPARECEREM E CASO AS PARTES RESOLVAM REALIZAR NOVA JUNTA A PARTE QUE IMPOSSIBILITOU A REALIZAÇÃO DA JUNTA DEVERÁ ARCAR COM TODAS AS DESPESAS.

21.8. A RECUSA DO SEGURADO PARA A REALIZAÇÃO DA JUNTA MÉDICA E/OU DA PERÍCIA MÉDICA ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO DE SINISTRO SEM INDENIZAÇÃO, POR IMPOSSIBILIDADE DA CARACTERIZAÇÃO DE UMA DAS COBERTURAS CONTRATADAS.

21.9. O SEGURADO ACIDENTADO DEVERÁ RECORRER IMEDIATAMENTE, A SUA CUSTA, AOS SERVIÇOS DE MÉDICOS LEGALMENTE HABILITADOS, SUBMETENDO-SE AO TRATAMENTO EXIGIDO PARA UMA CURA COMPLETA.

21.10. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO OU DE SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.

21.11. O segurado, ao fazer adesão ao seguro, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os dados clínicos e cirúrgicos do segurado.

21.12. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos e informações previstas no item 21.2.

21.13. A seguradora se reserva ao direito de solicitar quaisquer documentos ou exames complementares além dos mencionados no item 21.2, mediante dúvida fundada e justificável. **Neste caso, será suspensa a contagem do prazo de 30 (trinta) dias de que trata o item 21.12, voltando a correr, a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que ocorrer a entrega protocolada do que tiver sido solicitado.**

21.14. SERÃO CONSIDERADOS COMO PENDENTES, SEM CONTAGEM DE PRAZO PARA PAGAMENTO, OS PROCESSOS DE SINISTRO COM DOCUMENTAÇÃO INCOMPLETA ATÉ A DATA DO PROTOCOLO DE RECEBIMENTO DO ÚLTIMO DOCUMENTO EXIGIDO, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL.

21.15. A NÃO ENTREGA DOS DOCUMENTOS SOLICITADOS, EM ATÉ 90 (NOVENTA) DIAS, SEM QUALQUER JUSTIFICATIVA, ENSEJARÁ NO ENCERRAMENTO DO PROCESSO ADMINISTRATIVAMENTE. O PROCESSO PODERÁ SER REABERTO A QUALQUER TEMPO, MEDIANTE SOLICITAÇÃO DO BENEFICIÁRIO COM A APRESENTAÇÃO DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS, OBSERVADO O PRAZO PRESCRICIONAL PREVISTO EM LEI.

21.16. Para os casos de pagamento anual à vista, o cálculo de atualização das indenizações será efetuado considerando-se a última atualização monetária aplicada sobre o capital segurado, conforme previsto na CLÁUSULA 15 – ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA até o último índice publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

21.17. VENCIDO O PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO, APÓS ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES SOLICITADAS NO ITEM 21.2, AS INDENIZAÇÕES SERÃO ATUALIZADAS DESDE A DATA DO EVENTO PELO IPCA/IBGE – ÍNDICE DE PREÇOS AO CONSUMIDOR AMPLO/FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DA OCORRÊNCIA DO EVENTO, CONFORME DEFINIDO NO ITEM 9.4 DA CLÁUSULA 9 – CAPITAL SEGURADO, E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTERIOR À DATA DE SUA EFETIVA LIQUIDAÇÃO.

21.17.1. No caso de extinção do índice pactuado no item 21.17, o índice a ser utilizado será o IGP - M/FGV - Índice Geral de Preços de Mercado da Fundação Getúlio Vargas ou outro índice admitido oficialmente que venha a substituí-lo.

21.18. ALÉM DO PREVISTO NO ITEM 21.17, APLICAR-SE-ÃO JUROS MORATÓRIOS, SOBRE O VALOR DA INDENIZAÇÃO ATUALIZADA, DE 0,25% (VINTE E CINCO CENTÉSIMOS POR CENTO) AO MÊS PRO RATA TEMPORIS, DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL POSTERIOR AO FIM DO PRAZO DE 30 (TRINTA) DIAS PARA REGULAÇÃO ATÉ A DATA DO EFETIVO PAGAMENTO.

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

21.20. A indenização de qualquer uma das coberturas contratadas será paga sob a forma de parcela única, em moeda corrente e em território nacional.

22. MODIFICAÇÕES DE CLÁUSULAS

22.1. EVENTUAIS ALTERAÇÕES PODEM SER PROCESSADAS EM CONSEQUÊNCIA DE ACORDO ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE NO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE, RESPEITADOS OS COMPROMISSOS FIRMADOS COM OS SEGURADOS COM CONTRATOS ANTERIORES ÀS ALTERAÇÕES.

22.2. PARA OS SEGURADOS JÁ EXISTENTES NA APÓLICE, AS MODIFICAÇÕES QUE IMPLIQUEM EM ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, INCLUSIVE A ALTERAÇÃO DE TAXAS, DEPENDERÃO DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, ¾ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO.

22.3. Caso o estipulante pretenda promover qualquer alteração ao presente contrato, ao longo de sua vigência, deverá apresentar à seguradora a proposta de alteração, e caso as alterações impliquem em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá vir acompanhada de documento que comprove a anuência de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.

22.3.1. A alteração só será válida e eficaz se a seguradora aceitar a proposta, emitindo o respectivo endosso.

22.3.2. No caso de aceitar a proposta, a seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da aceitação, para emitir o respectivo endosso.

22.3.3. No caso de solicitação de documentos complementares, para análise da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem abaixo ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

22.3.4. A seguradora deverá, sendo o caso, manifestar sua recusa à proposta de alteração no prazo de 15 (quinze) dias, contados do recebimento da proposta do estipulante apresentada na forma acima.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1. SEM PREJUÍZO DAS DEMAIS OBRIGAÇÕES PREVISTAS NO CONTRATO DO SEGURO, CONSTITUEM OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

A) FORNECER À SEGURADORA TODAS AS INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS PARA A ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO, PREVIAMENTE ESTABELECIDAS POR AQUELA, INCLUINDO DADOS CADASTRAIS;

B) MANTER A SEGURADORA INFORMADA A RESPEITO DOS DADOS CADASTRAIS DOS SEGURADOS, ALTERAÇÕES NA NATUREZA DO RISCO COBERTO, DE ACORDO COM O DEFINIDO CONTRATUALMENTE;

C) FORNECER AO SEGURADO, SEMPRE QUE SOLICITADO, QUAISQUER, INFORMAÇÕES RELATIVAS AO CONTRATO DE SEGURO;

D) PAGAR OU REPASSAR OS CUSTOS DE SEGURO (PRÊMIO) À SEGURADORA, CONFORME PREVISTO CONTRATUALMENTE;

E) REPASSAR AOS SEGURADOS TODAS AS COMUNICAÇÕES OU AVISOS INERENTES À APÓLICE, QUANDO FOR DIRETAMENTE RESPONSÁVEL PELA SUA ADMINISTRAÇÃO;

F) DISCRIMINAR A RAZÃO SOCIAL E, SE FOR O CASO, O NOME FANTASIA DA SEGURADORA NOS DOCUMENTOS, E MATERIAIS DE COMERCIALIZAÇÃO E PUBLICIDADE REFERENTES AO SEGURO;

G) COMUNICAR, DE IMEDIATO, À 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;

H) DAR CIÊNCIA AOS SEGURADOS DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS ESTIPULADOS PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO;

I) COMUNICAR, DE IMEDIATO, A SUSEP, QUAISQUER PROCEDIMENTOS QUE CONSIDERAREM IRREGULARES QUANTO AO SEGURO CONTRATADO; E

J) FORNECER A SUSEP QUAISQUER INFORMAÇÕES SOLICITADAS, DENTRO DO PRAZO POR ELA ESTABELECIDO.

23.2. É VEDADO AO ESTIPULANTE E AO SUBESTIPULANTE:

A) COBRAR, DOS SEGURADOS, QUAISQUER VALORES RELATIVOS AO SEGURO, ALÉM DOS ESPECIFICADOS PELA SEGURADORA; E

B) EFETUAR PUBLICIDADE E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM PRÉVIA ANUÊNCIA DA SEGURADORA, E SEM RESPEITAR RIGOROSAMENTE AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO PRODUTO E A REGULAMENTAÇÃO DE PRÁTICAS DE CONDUTA NO QUE SE REFERE AO RELACIONAMENTO COM O CLIENTE.

23.3. NOS SEGUROS CONTRIBUTÁRIOS, O NÃO REPASSE DOS CUSTOS DO SEGURO PELO ESTIPULANTE E SUBESTIPULANTE, NOS PRAZOS CONTRATUALMENTE PREVISTOS, PODERÁ ACARRETAR A SUSPENSÃO OU CANCELAMENTO DA COBERTURA, A CRITÉRIO DA SEGURADORA, E SUJEITA O ESTIPULANTE OU SUBESTIPULANTE ÀS COMINAÇÕES LEGAIS

23.4. NA HIPÓTESE DE QUALQUER REMUNERAÇÃO AO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE, O SEU PERCENTUAL OU VALOR CONSTARÁ NA PROPOSTA DE ADESÃO E NO CERTIFICADO INDIVIDUAL DO SEGURO, DEVENDO O SEGURADO SER INFORMADO SEMPRE QUE HOUVER QUALQUER ALTERAÇÃO.

23.5. QUALQUER MODIFICAÇÃO NA APÓLICE COLETIVA VIGENTE, PARA OS RISCOS EM CURSO, QUE IMPLIQUE ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, DEPENDERÁ DA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DOS SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO ¾ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO. QUANDO A ALTERAÇÃO NÃO IMPLICAR ÔNUS, DEVER OU REDUÇÃO DE DIREITOS AOS SEGURADOS, PODERÁ SER REALIZADA APENAS COM A ANUÊNCIA DO ESTIPULANTE.

24. PROPAGANDA E PUBLICIDADE

24.1. A propaganda e promoção do seguro, por parte do estipulante e/ou corretor, somente poderão ser feitas com autorização expressa da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições da apólice e as normas de seguro. Fica a seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas respectivas divulgações por ela expressamente autorizada.

24.2. **A divulgação do seguro sem a prévia autorização da seguradora, por escrito, poderá implicar na suspensão da aceitação de novas adesões e/ou no cancelamento do seguro.**

25. PRESCRIÇÃO

25.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

26. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

26.1. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

26.2. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros e da seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

26.3. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

26.4. Qualquer modificação da apólice em vigor que traga prejuízos ou ônus aos segurados dependerá da anuência prévia e expressa de ¾ (três quartos) do grupo segurado.

26.5. As condições contratuais deste produto protocoladas pela seguradora na SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da proposta de adesão.

26.6. Nós guardamos suas informações com todo cuidado e zelo, somos transparentes quanto ao seu uso e proteção. Sim, nós podemos compartilhar seus dados pessoais, mas somente com empresas que os ajudam a cumprir nossos compromissos contigo, como empresas de assistência e resseguradores. Também podemos compartilhar seus dados com empresas de comunicação, de pesquisas e do nosso conglomerado econômico, sempre com o objetivo de aprimorar os produtos e serviços que oferecemos a você. Para saber mais sobre como tratamos seus dados pessoais, acesse: **www.bbseguros.com.br/politica-de-privacidade.**

27. FORO

27.1. Fica eleito o Foro da Comarca de domicílio do segurado(a) ou do beneficiário, conforme o caso, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente contrato.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A).

28. APLICAÇÃO DA CLÁUSULA

28.1. Quando solicitada a contratação da Cláusula Suplementar pelo segurado principal, por escrito e mediante a pagamento de prêmio adicional, poderá ser incluído seu cônjuge/companheiro como segurado dependente, **desde que o(a) ele(a) esteja em perfeitas condições de saúde e com idade compreendida entre 16 (dezesseis) anos e 64 (sessenta e quatro) anos, respeitada as condições contidas nesta cláusula e nas condições gerais do seguro.**

28.2. Para comprovação da união estável devem ser apresentados, dentre outros, os seguintes documentos:

I. Certidão de nascimento de filho(s) havido em comum;

II. Certidão de casamento religioso;

III. Declaração de Imposto de Renda do segurado principal, em que conste o companheiro(a) como seu dependente;

IV. Anotação constante na Carteira Profissional – CP e/ou Carteira de Trabalho e Previdência Social – CTPS, feita pelo órgão competente;

V. Prova de mesmo domicílio;

VI. Anotação constante de ficha ou livro de registro de empregados;

VII. Registro em associação de qualquer natureza, onde conste o interessado como dependente do segurado;

VIII. Original da Escritura Declaratória de União Estável, ou condição equiparada, firmada em cartório;

IX. Quaisquer outros documentos que possam levar à convicção do fato a comprovar, a ser avaliado pela seguradora.

28.3. Não pode ser incluído nesta cláusula suplementar o cônjuge ou companheiro(a) que, figurando como segurado(a) principal, seja segurado pela apólice, independentemente desta cláusula.

29. INÍCIO DA COBERTURA

29.1. Desde que o cônjuge/companheiro(a) esteja em boas condições de saúde, a cobertura dos riscos individuais previstos no seguro começa a vigorar na data da contratação, conforme a CLÁUSULA 14 – INÍCIO, VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL das condições gerais.

30. CAPITAL SEGURADO

30.1. Em qualquer hipótese, o capital segurado do cônjuge será igual a 50% (cinquenta por cento) do que couber ao segurado principal.

31. BENEFICIÁRIOS

31.1. A indenização por Morte, devida por esta cláusula suplementar, será paga ao segurado principal.

31.1.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(a) segurado(a) dependente, o capital segurado referente a cobertura dos segurado dependente, deverá ser pago aos seus beneficiários legais.

31.2. A indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, ou indenização por Doença Terminal, será paga ao segurado cônjuge/companheiro(a).

32. FATURAMENTO DA COBRANÇA DOS PRÊMIOS

32.1 A cobrança do prêmio relativo ao seguro do cônjuge ou companheiro(a) será feita em conjunto com o prêmio de seguro do segurado, e em conformidade com as condições gerais da apólice.

33. COBERTURA

33.1. Serão estendidas ao cônjuge, as coberturas do seguro, desde que contratada(s) e em vigor para o respectivo segurado principal, observadas as condições gerais do seguro, inclusive o período de carência.

34. TÉRMINO DAS COBERTURAS DESTA CLÁUSULA

34.1. A cobertura de qualquer segurado, cônjuge ou companheiro(a) terminará obrigatoriamente:

a) Na data em que for cancelado o seguro de cada segurado ou quando esta cláusula for cancelada;

b) Quando terminar o seguro do segurado principal, qualquer que seja a causa;

c) No caso de separação de fato ou judicial e/ou divórcio do casal;

d) No caso de cancelamento do registro, quando se tratar de companheiro(a), e/ou pelo fim da convivência conjugal;

e) Por solicitação do segurado; e

f) Com o pagamento da indenização por Morte, por ocasião de sinistro ocorrido com o cônjuge ou companheiro(a), ou seja, o segurado dependente.

35. CONDIÇÃO FINAL

35.1. Aplicam-se a esta cláusula as condições gerais previstas na apólice no que não conflitarem com as disposições específicas desta cláusula suplementar de inclusão facultativa de cônjuge.