SEGURO

PROTEÇÃO VIDA SIMPLES EMPRESA

Santander

SEGURO
PROTEÇÃO VIDA SIMPLES EMPRESA

Condições Gerais

Processo SUSEP: 15414.000124/2006-02
CNPJ: 06.136.920/0001-18

Santander

SEGURO PROTEÇÃO VIDA SIMPLES EMPRESA
CONDIÇÕES GERAIS

ÍNDICE

1. OBJETIVO DO SEGURO 4
2. CONCEITO DAS COBERTURAS 4
3. RISCOS EXCLUÍDOS 12
4. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS 13
5. DA VIGÊNCIA DO SEGURO 13
6. DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS 14
7. DA ACEITAÇÃO DO SUB ESTIPULANTE 14
8. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS 15
9. DA INCLUSÃO DE CONJUGES 16
10. DA INCLUSÃO DE FILHOS 16
11. BENEFICIÁRIOS 17
12. CAPITAIS SEGURADOS 18
13. CERTIFICADO DO SUB ESTIPULANTE 19
14. CUSTEIO DO SEGURO 20
15. PRÊMIO 20
16. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS 21
17. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS 21
18. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO 24
19. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL 25
20. CANCELAMENTO DO SEGURO 26
21. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO 26
22. OBRIGAÇÕES DO SUB ESTIPULANTE 27
23. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA 28
24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO 28
25. DISPOSIÇÕES GERAIS 28
26. PRESCRIÇÃO 29
27. DO FORO 29
28. CONCEITOS 29

Santander

SEGURO PROTEÇÃO VIDA SIMPLES EMPRESA
CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância, limitado ao valor do Capital Segurado Individual, ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, desde que contratadas pelo Sub Estipulante, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato**.

1.2. As coberturas deste Seguro dividem-se em básica e adicionais:

1.2.1. Cobertura Básica:

- Morte.

1.2.2. Coberturas Adicionais:

- IEA – Indenização Especial de Morte por Acidente;
- IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- **IPD-F – Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;**

1.3. Esse seguro prevê, ainda, a possibilidade de contratação das seguintes Cláusulas Suplementares**:**

- IC – Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge; e,
- IF – Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos.

1.4. O Sub Estipulante deverá informar no formulário denominado "Proposta de Seguro", quais coberturas e cláusulas pretende contratar, sendo a básica obrigatória e as demais facultativas.

2. CONCEITO DAS COBERTURAS

2.1. BÁSICA

2.1.1. CB – Cobertura Básica - Morte
Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

2.2. ADICIONAIS

2.2.1. IEA - Indenização Especial de Morte por Acidente
Desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura em caso de morte do segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo seguro, sem prejuízo do pagamento do capital referente a Cobertura Básica, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.2. IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização (item 2.2.2.10)**, proporcional ao valor do Capital Segurado Individual contratado para esta Cobertura, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.2.1. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A SEGURADORA reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado a tanto se negue.

2.2.2.1.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

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

2.2.2.3. Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

2.2.2.4. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado nesta Cobertura.

2.2.2.5. Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder a da indenização prevista para sua perda total.

2.2.2.6. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

2.2.2.7. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.

2.2.2.8. As indenizações previstas para as coberturas de Indenização Especial de Morte por Acidente e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela Cobertura de Indenização Especial de Morte por Acidente será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

2.2.2.9. A reintegração do capital segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, **salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.**

2.2.2.10. Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
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 e incurável	**100**
PARCIAL DIVERSAS	**Perda total da visão de um olho**	**30**
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	**70**
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	**40**
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	**20**
	Mudez incurável	**50**
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	**20**
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	**20**
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	**25**

Santander

SEGURO PROTEÇÃO VIDA SIMPLES EMPRESA
CONDIÇÕES GERAIS

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 indicadores	**15**
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos 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 quadril	**20**
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	**25**
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	**10**
	Amputação de qualquer outro dedo	**3**
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- De 5 (cinco) centímetros ou mais	**15**
	- De 4 (quatro) centímetros	**10**
	- De 3 (três) centímetros	**6**
	Menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	

2.2.3. IPD-F – Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

2.2.4.1. Desde que contratada, garante ao próprio segurado o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua invalidez **funcional permanente** total por doença**, exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e no Contrato.**

2.2.3.1.1. Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença aquela que cause a perda da existência independente do segurado.

2.2.3.1.1.1. Está coberta a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, **provenientes exclusivamente de doença**:

a. Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;

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

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

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

e. Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;

f. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g. Deficiência visual, decorrente de doença:

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

h. Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado. Considera-se Paciente Terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 6 (seis) meses da data do diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

i. Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

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

2.2.3.1.1.3. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.

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

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

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

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

Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

Santander

SEGURO PROTEÇÃO VIDA SIMPLES EMPRESA
CONDIÇÕES GERAIS

DOCUMENTO 1
TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	**1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.**	**00**
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	**10**
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	**20**

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	**1° GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.**	**00**
	2° 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**
	3° GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	**20**

CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	**1° GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.**	**00**
	2° 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**
	3° 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**

O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

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

DOCUMENTO 2
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	**02**
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	**02**
HÁ OU HOUVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	**04**
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	**04**
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	**08**

2.2.4.2. Ocorrendo a invalidez funcional total e permanente por doença, poderá o segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez funcional total e permanente por doença devidamente coberta, **imediata e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual.** Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do capital segurado.

2.2.4.3. Na hipótese do item anterior, não ficando comprovada a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o seguro continuará em vigor**, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais, sem qualquer devolução de prêmios.**

2.2.3.3.1. Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).

2.2.3.3.2. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença não se acumula com a cobertura básica (morte), Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste seguro para os segurados principais e dependentes:

3.1. Os eventos ocorridos em consequência:

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

b. **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, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**

c. **de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**

d. **de eventos preexistentes à contratação do seguro e comprovadamente de conhecimento do proponente individual e/ou Sub Estipulante;**

e. **da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;**

f. suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;

g. sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios.

h. Epidemias, Endemias e Pandemias;

i. Envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente uma região ou uma dada população onde o Segurado resida ou esteja de passagem

3.2. Além dos riscos mencionados no item 3.1, estão expressamente excluídos das coberturas de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

3.3. Além dos riscos mencionados no item 3.1, estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doenças (IPD-F), ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autonômicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

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

b. a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismos;

4. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

O presente seguro cobre os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5. DA VIGÊNCIA DO SEGURO

5.1. O seguro vigerá pelo prazo estabelecido no contrato, podendo ser renovado automaticamente por igual período, salvo se o Sub Estipulante ou a SEGURADORA manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

5.2. A renovação automática prevista no item anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Sub Estipulante e da Seguradora.

5.3. Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ (três quartos) do grupo segurado.

5.4. Início de Vigência
O início de vigência do seguro referente ao respectivo Sub Estipulante se dará a partir das 24 (vinte e quatro horas) da data de pagamento da 1ª parcela do prêmio.

6. DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

6.1. A vigência individual do seguro se inicia a partir das 24 (vinte e quatro horas) da data de pagamento da 1ª parcela de prêmio efetuado pelo Sub Estipulante e termina às 24 (vinte e quatro) horas do dia definido no Contrato.

6.2. Para as novas admissões de funcionários, o início de vigência individual se dará a partir da data da respectiva admissão.

6.3. Os seguros individuais vigerão enquanto vigorar o seguro, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do contrato individual previsto nestas Condições Gerais.

6.4. No caso de não renovação do seguro, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final de vigência da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.

6.5. 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.

7. DA ACEITAÇÃO DO SUB ESTIPULANTE

7.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

7.2. O grupo segurado deverá ser composto de no mínimo 5 (cinco) segurados para a aceitação e manutenção do seguro em vigor.

7.3. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Adesão, para aceitar ou recusar a inclusão do Sub Estipulante na apólice. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.

7.3.1. Para análise da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir, **por uma única vez**, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

7.3.2. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no item 7.3.1., o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 7.3 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

7.4. A não aceitação da Proposta de Adesão, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Sub Estipulante e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, contados da recusa, atualizados da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, **pelo índice estabelecido no item 16.1 destas Condições Gerais**, conforme legislação vigente.

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

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

7.6. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer, **caso o prêmio tenha sido fracionado**.

8. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

8.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

8.2. Estarão incluídos no presente seguro, todos os funcionários do Sub Estipulante que constem da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações da Previdência Social e respectivos Sócios e/ou Diretores constantes do Contrato Social, e que estejam em perfeitas condições de saúde, em plena atividade profissional e com idade máxima de 65 anos.

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

a. **Os afastados na data do início da vigência do Sub Estipulante, que passarão a ter cobertura somente após o retorno a sua respectiva atividade laborativa;**

b. **Os funcionários com idade superior a 65 anos na data de início de vigência do Sub Estipulante, ou na data do início de vigência individual;**

c. **Os funcionários aposentados por Órgão de Previdência Oficial na data do início de vigência do Sub Estipulante, ou que vierem a se aposentar no decorrer da vigência do seguro, exceto os aposentados por tempo de serviço que estejam em plena atividade laborativa junto ao Sub Estipulante, e que sejam constantes da GFIP ou do Contrato Social.**

8.4. Cabe ao Sub Estipulante a obrigação de verificar o preenchimento dos requisitos previstos nestas Condições Gerais, para a inclusão dos segurados constantes da GFIP/Contrato Social isentando, expressamente, a Seguradora do pagamento de qualquer indenização a segurados incluídos indevidamente por não preencherem os referidos requisitos.

9. DA INCLUSÃO DE CONJUGES

9.1. Este seguro prevê e regula a inclusão, automática dos cônjuges dos Segurados Principais que estejam em perfeitas condições de saúde, na qualidade de Segurados Dependentes, desde que contratada a cláusula suplementar de cônjuge.

9.2. Contratada a inclusão de cônjuge e pago o prêmio adicional, a morte deste, desde que coberta, garante ao Segurado Principal o pagamento de uma indenização no valor do capital segurado individual contratado para esta cláusula suplementar, **observados os riscos excluídos, as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

9.2.1. O capital segurado do cônjuge será de 50% (cinquenta por cento) do capital segurado do respectivo Segurado Principal.

9.3. Equiparam-se aos cônjuges a(o) companheira(o) do Segurado Principal, desde que comprovada, documentalmente, a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

9.4. Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge, nos casos em que se exigir declaração pessoal de saúde.

9.5. Desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, canceladas estarão, automaticamente, as coberturas contratadas para o Segurado Dependente incluído na condição de cônjuge, independentemente desse fato ter sido, ou não, comunicado pelo Segurado Principal à SEGURADORA e ter havido pagamento de prêmio.

9.6. No caso previsto no item anterior (**9.5**) os eventuais prêmios pagos serão devolvidos atualizados monetariamente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística desde a data de pagamento até a sua efetiva restituição.

9.7. Não poderá ser incluído no seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o cônjuge que participe na apólice na qualidade de Segurado Principal no mesmo seguro.

10. DA INCLUSÃO DE FILHOS

10.1. Este seguro prevê e regula a inclusão automática dos filhos do Segurado Principal, desde que contratada a cláusula suplementar de cônjuge.

10.1.1. São considerados filhos do Segurado Principal, para fins deste seguro, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:

I - o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 18 (dezoito) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

II - o menor pobre, de até 18 (dezoito) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;

III - o irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 18 (dezoito), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e,

IV - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

10.2. Contratada a inclusão automática de filhos, a morte deste, desde que coberta, garante ao Segurado Principal o pagamento de uma indenização no valor do capital segurado individual contratado para esta cláusula suplementar, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

10.2.1. O capital segurado dos filhos será de 10% (dez por cento) do capital segurado do respectivo Segurado Principal

10.3. Na hipótese de falecimento de menor de 14 (quatorze) anos, a indenização será destinada, exclusivamente, ao reembolso das despesas com funeral, devidamente comprovadas, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do Capital Segurado para esta Cobertura. Entre as despesas cobertas incluem-se as havidas com traslado, excluindo-se as decorrentes de aquisição de terrenos, jazigos e carneiros.

10.4. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais, os filhos serão incluídos uma única vez, considerando-se dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta Cobertura.

10.5. Não poderá ser incluído no seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o filho do Segurado Principal que já ostente a qualidade de Segurado Principal no mesmo seguro

11. BENEFICIÁRIOS

11.1. Indicação

O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

11.2. Alteração de Beneficiários

O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

11.2.1. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

11.3. Não havendo beneficiário indicado na ocasião do falecimento do Segurado Principal, o Capital Segurado será pago na forma da Lei.

11.4. No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente (IPA) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPD-F), previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

11.5. Beneficiários dos Segurados Dependentes

11.5.1. Em caso de morte devidamente coberta do Segurado Dependente, quando tiver sido contratada a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos, o Beneficiário será o Segurado Principal.

11.5.1.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o capital segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais do Segurado Dependente.

12. CAPITAIS SEGURADOS

12.1. O Capital Segurado Individual será uniforme para todos os funcionários que constarem da GFIP e para todos os Sócios/Diretores que constarem do Contrato Social da respectiva empresa Sub-Estipulante, conforme abaixo:

12.1.1. Sócios/Diretores
O Capital Segurado Individual será calculado através do rateio do Capital Segurado Contratado pelo Sub-Estipulante para o grupo de Sócios/Diretores, pela quantidade de Sócios/Diretores que constarem do Contrato Social da respectiva empresa Sub-Estipulante, respeitando-se os limites estabelecidos no item **12.6.1**.

12.1.2. Funcionários
O Capital Segurado Individual será calculado através do rateio do Capital Segurado Contratado pelo Sub-Estipulante para o grupo de Funcionários, pela quantidade de funcionários que constarem da GFIP, respeitando-se os limites estabelecidos no item **12.6.1**.

12.2. Se a quantidade de funcionários e/ou Sócios/Diretores se alterar durante a vigência do seguro, seja pela ocorrência de sinistro ou pela movimentação de funcionários, o Capital Segurado será automaticamente ajustado rateando-se o Capital Segurado Contratado de forma proporcional ao novo número de funcionários e/ou Sócios/Diretores, respeitando-se o limite máximo individual conforme o item **12.6.2**.

12.2.1. Caso não seja informado o valor de Capital específico para Sócios/Diretores, na ocorrência de sinistro coberto, o Sócio/Diretor será considerado no grupo de funcionários, tendo o capital rateado com os demais funcionários da empresa.

12.3. Caso a Sub Estipulante deseje restabelecer os valores de Capital Segurado Individual conforme os valores inicialmente contratados, deverá solicitar a emissão de endosso de alteração através de seu Corretor de Seguros ou do Serviço de Atendimento ao Cliente da Seguradora.

12.4. Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos para cada cobertura vigentes na data do evento.

12.5. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

a. na Cobertura Básica, a data do falecimento;

b. nas Coberturas de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA) e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente IPA), a data do acidente;

c. na Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPD-F), a data será a indicada na Declaração Médica, sendo consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

12.6. LIMITES DE CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL:

12.6.1. Sócios/Diretores: No início de vigência do Seguro, o Limite Máximo de Capital Segurado Individual será de R$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais), e o Limite Mínimo de Capital Segurado Individual será de R$ 10.000,00 (Dez mil reais).

12.6.2. Funcionários: No início de vigência do Seguro, o Limite Máximo de Capital Segurado Individual será de R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais), e o Limite Mínimo de Capital Segurado Individual será de R$ 10.000,00 (Dez mil reais).

12.6.3. Em qualquer circunstância o Limite Máximo de Capital Segurado Individual será de de R$ 150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) ao grupo de sócios e de R$ 50.000,00 (cinquenta mil reais) ao grupo de funcionários.

13. CERTIFICADO DO SUB ESTIPULANTE

No início de cada vigência será encaminhado pela Seguradora um Certificado ao Sub Estipulante, contendo os seguintes elementos mínimos:

a. Data do início e término do seguro **do Sub Estipulante**;

b. Capital Segurado Global de cada Cobertura;

c. Valor do prêmio total.

14. CUSTEIO DO SEGURO

O custeio do seguro será **Não-Contributário,** ou seja, o prêmio será pago exclusivamente através de recursos do Sub Estipulante, sem a participação do Segurado.

15. PRÊMIO

15.1. A forma de pagamento do Prêmio poderá ser anual ou mensal de acordo com a opção escolhida pelo Sub Estipulante.

15.2. O prêmio será pago sempre antecipadamente ao início do risco.

15.3. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do prêmio houver sido feito, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

15.4. Fica vedada a cobrança ao Segurado taxa de inscrição ou de intermediação.

15.5. Se o Sub Estipulante não tiver recebido um novo documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá entrar em contato com a Seguradora / Corretor e solicitar a emissão da 2ª via do boleto bancário.

15.6. Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário, ao Estipulante ou ao Sub Estipulante.

15.7. ATRASO NO PAGAMENTO DE PRÊMIO

15.7.1. A falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará a suspensão imediata e automática de todas as coberturas, perdendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

15.7.2. O seguro poderá ser reabilitado, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal subsequente ao atraso, **respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da referida parcela**.

15.8. DO CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO

15.8.1. O Sub Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios, será notificado da suspensão das coberturas, e cientificado de que o não pagamento da próxima fatura em seu vencimento poderá acarretar o cancelamento do seguro, não sendo mais permitida a reabilitação das coberturas.

15.8.1.1. O cancelamento do seguro ocorrerá com a suspensão da cobertura por um período superior a 90 (noventa) dias.

16. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

16.1. Para os seguros com vigência superior a um ano, o valor do capital segurado e dos prêmios serão corrigidos anualmente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na última publicação oficial, verificada no mês de aniversário do seguro, ou no menor espaço de tempo que a lei vier a permitir.

16.2. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

17. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA, por fax, telegrama, telex, carta ou qualquer meio disponível no momento.

17.1. Em seguida, deverá ser encaminhada uma **cópia autenticada da documentação relacionada adiante,** junto com o formulário Aviso de Sinistro, totalmente preenchido e assinado pelo Sub Estipulante, Beneficiários e pelo médico assistente. Estes documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

17.2. Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta dias), contados da apresentação de todos os documentos necessários à liquidação, constantes no item **17.3** destas condições.

17.2.1. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nesta cláusula, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 17.2 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

17.2.2. Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens **17.2** e **17.2.1**, a Seguradora pagará multa de 2% e juros de mora de 1,0% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice **IPCA-IBGE** – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

17.3. Documentos para Regulação dos Sinistros

17.3.1. Para a Cobertura Básica – Morte Natural:

a. Comprovante do vínculo com o sub estipulante;(3 últimas GFIP/Contrato Social atualizado pela respectiva junta comercial onde fique comprovada a composição societária na data do evento)

b. Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;

c. Cédula de Identidade e CPF do Segurado e do beneficiário;

d. Certidão de Óbito;

e. documentos que comprovem a condição de beneficiários;

f. Certidão de Nascimento, ou Certidão de Casamento atualizada, do segurado;

g. Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o óbito, se houver;

h. Laudo cadavérico, em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na certidão de óbito;

17.3.2. Para as Coberturas de Morte Acidental, além dos documentos referidos no subitem anterior das alíneas de a até h:

a. Certidão da Ocorrência Policial (B.O.);

b. Laudo de Exame Cadavérico (IML);

c. Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);

d. Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado.

e. Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;

f. Laudo pericial do local do acidente, se houver;

g. Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima;

17.3.3. Para as Coberturas de Invalidez Permanente por Acidente:

a. Comprovante do vínculo com o sub estipulante;(3 últimas GFIP/Contrato Social atualizado pela respectiva junta comercial onde fique comprovada a composição societária na data do evento)

b. Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;

c. Cédula de Identidade e CPF do Segurado

d. Certidão do Registro da Ocorrência Policial (B.O.) ou Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;

e. Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

f. Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

g. Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

h. Certidão de Casamento atualizada, do segurado;

i. Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez;

17.3.4. Para a Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:

a. Comprovante do vínculo com o sub estipulante;(3 últimas GFIP/Contrato Social atualizado pela respectiva junta comercial onde fique comprovada a composição societária na data do evento)

b. Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;

c. Cédula de Identidade e CPF do Segurado;

d. Relatório médico totalmente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado.

e. Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

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

17.4. Junta Médica

17.4.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade, 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.

17.4.1.1. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

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

17.4.2. Perícia da Seguradora

17.4.2.1. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência da hospitalização nos termos destas Condições Gerais.

17.4.2.2. O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

17.4.2.3. Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

18. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

18.1. Sócios/Diretores: A Indenização será calculada de acordo com o valor resultante da divisão do Capital Segurado total contratado pelo Sub Estipulante para o grupo de Sócios/Diretores, pela quantidade de Sócios/Diretores constantes do Contrato Social, relativos ao mês da ocorrência do sinistro.

18.2. Funcionários: A Indenização será calculada de acordo com o valor resultante da divisão do Capital Segurado total contratado pelo Sub Estipulante para o grupo de Funcionários, pela quantidade de funcionários constantes da GFIP, relativos ao mês da ocorrência do sinistro.

19. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

19.1. Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

a. **com o desaparecimento do vínculo existente entre o Sub Estipulante e o Segurado Principal;**

b. **com a morte ou invalidez TOTAL e permanente por acidente do Segurado Principal;**

c. **com o recebimento do capital segurado relativo à cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPD-F).**

d. **por solicitação do Segurado Principal, mediante comunicação por escrito;**

e. **automaticamente se o segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;**

f. **pela inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do prêmio;**

g. **com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, do seguro individual ou ainda da Apólice Mestra;**

h. **automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do segurado e/ou sub estipulante no ato da contratação e/ou durante a vigência do contrato.**

19.2. Além das hipóteses já elencadas, o Segurado Dependente também perderá esta qualidade:

a. **se for cancelada a respectiva cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos;**

b. **se cessar a condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora;**

c. **com a inclusão do Dependente no Seguro na condição de Segurado Principal.**

20. CANCELAMENTO DO SEGURO

O seguro será cancelado:

20.1. Por acordo entre o Sub Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;

20.2. Pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios, nos termos do item 15.

20.3. Se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Sub Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato.

20.4. Quando o Sub Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé que devem existir por ocasião da contratação e durante a vigência do contrato.

21. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

21.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos, dependentes ou beneficiários:

a. inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro, quando estas ocorrem pela má-fé da(s) parte(s);

b. inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;

c. fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências.

d. dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;

e. inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o segurado perderá o direito à cobertura do seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;

f. não fornecimento da documentação solicitada.

21.2. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmios, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

21.1.2. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea a) do item 21.1 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.

22. OBRIGAÇÕES DO SUB ESTIPULANTE

22.1. Sem prejuízo das demais obrigações previstas nestas Condições Gerais e, se houver, nas Condições Especiais e no Contrato, constituem, ainda, obrigações do Sub Estipulante:

I - fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;

II - manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

III - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

IV - repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente

V - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o segurado;

VII - 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;

VIII - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

IX - comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

X - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado; e,

XI - informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do sub estipulante.

23. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

23.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Sub Estipulante.

23.2. Para manter o equilíbrio técnico do seguro e sempre que possível, as taxas serão reavaliadas anualmente tendo como base a experiência da Seguradora.

23.3. Qualquer modificação da apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

23.4. A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Sub Estipulante.

24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Sub Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da SEGURADORA, respeitadas as condições contratuais e as normas do seguro.

25. DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

25.2. O registro deste plano na SUSEP – Superintendência de Seguros Privados não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

26. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento no presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

27. DO FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

28. CONCEITOS

28.1. Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do segurado.

Incluem-se, ainda, nesse conceito:

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

28.1.1. Não se incluem no conceito de acidente pessoal:

- **as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
- **as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- **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: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Continuo – 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,**

- **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 item 28.1, acima.**

28.2. Apólice Mestra
É o documento escrito, emitido pela Seguradora, que caracteriza o instrumento do contrato de seguro celebrado entre a Seguradora e o Sub Estipulante, e que é integrado por estas Condições Gerais e, se houver, pelo Contrato. A apólice prova a existência e o conteúdo do contrato de seguro.

28.3. Beneficiários
São as pessoas designadas pelo Segurado Principal para receber o capital segurado na hipótese de seu falecimento devidamente coberto. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IPD-F), bem como no caso de morte de Segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário será o próprio Segurado Principal.

28.4. Capital Segurado
Capital Segurado é a importância máxima a ser paga pela Seguradora para cada cobertura contratada, em caso de ocorrência de sinistro coberto. Nenhuma indenização poderá ser superior ao capital segurado.

28.5. Carregamento
É o percentual incidente sobre os prêmios pagos destinado a atender às despesas administrativas e de comercialização do Seguro.

28.6. Certificado do Sub Estipulante do Seguro
É o documento emitido pela Seguradora e entregue ao Sub Estipulante, que confirma a aceitação do seguro.

28.7. Condições Contratuais
Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes das Condições Gerais, da Apólice e respectivos Aditivos, do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado do Seguro.

28.8. Condições Gerais
É o instrumento jurídico que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do seguro, sendo obrigatoriamente parte integrante da Proposta de Adesão e da Apólice Mestra.

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

28.10. Corretor de Seguros
É o intermediário, indicado pelo Sub Estipulante, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguros. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.

28.11. Doenças, lesões e acidentes preexistentes
São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo segurado, antes da contratação do seguro e que seja de seu conhecimento.

28.12. Estipulante
É a pessoa que contrata este seguro em proveito dos segurados, ficando investida dos poderes de representação destes perante a SEGURADORA, nos limites da legislação pertinente e das disposições contratuais.

28.13. Evento Coberto
É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

28.14. Grupo Segurado
É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

28.15. Grupo Segurável
É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Sub Estipulante que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que preencham os demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais.

28.16. Indenização
É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

28.17. Prêmio
É o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.

28.18. Proposta de Adesão
É o documento através do qual a empresa proponente manifesta a sua vontade em contratar o seguro na qualidade de Sub Estipulante, manifestando pleno conhecimento de seus direitos e obrigações estabelecidos nas Condições Gerais e, se houver, nas Especiais e no Contrato.
Na Proposta de Adesão ao Seguro deverão ser prestadas todas as informações necessárias à correta avaliação pela SEGURADORA dos riscos a serem garantidos ou recusados.

28.19. Regime Financeiro de Repartição Simples
É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

28.20. Segurados
São as pessoas físicas, pertencentes ao Grupo Segurado, podendo ser subdivididos em:

28.20.1. Segurados Principais
São os que mantêm vínculo com o Sub Estipulante, regularmente incluídos e aceitos no seguro.

28.20.2. Segurados Dependentes
São o cônjuge ou a(o) companheira(o) e os filhos do Segurado Principal regularmente incluídos no seguro.

28.20.2.1. São considerados filhos do Segurado Principal, **para fins deste seguro**, os seguintes dependentes econômicos:

I - o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 18 (dezoito) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

II - o menor pobre, de até 18 (dezoito) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;

III - o irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 18 (dezoito), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho; e,

IV - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

28.21. Seguradora
É a sociedade seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo prêmio garante os riscos previstos no contrato.

28.22. Sinistro
É o acontecimento futuro e incerto, garantido pelo seguro e ocorrido durante sua vigência material, capaz de acarretar obrigações pecuniárias para a SEGURADORA.

28.23. Sub Estipulante
É a pessoa jurídica legalmente constituída, que contrata este seguro em benefício dos segurados, ficando investida dos poderes de representação destes perante a Seguradora, nos limites da legislação pertinente e das disposições contratuais.