



Santander Seguro Vida

CONDIÇÕES GERAIS

Santander Seguro Vida

Condições Gerais

PROCESSO SUSEP Nº 15414.612057/2022-85
CNPJ: 87.376.109/0001-06

ÍNDICE

A Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A., designada Seguradora, e o Banco Santander (Brasil) S.A., aqui designado Estipulante, oferecem o **Santander Seguro Vida**, nas condições que se seguem:

1. DEFINIÇÕES E TERMINOLOGIAS DO SEGURO

A

Aceitação: é a aprovação, pela Seguradora, da Proposta a ela submetida para contratação ou modificação do seguro.

Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

Apólice Coletiva: é o documento, emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação das coberturas solicitadas pelo Estipulante.

Aviso de Sinistro: é a comunicação da ocorrência de um Sinistro que o Beneficiário deve fazer à Seguradora.

B

Beneficiário: são as pessoas físicas ou jurídicas em favor das quais é devida a Indenização em caso de Sinistro.

C

Capital Segurado: é o valor máximo de Indenização para a cobertura contratada. O Capital Segurado por cobertura constará expressamente na Proposta e no Certificado Individual.

Carência: é o período durante o qual a Seguradora está isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

Certificado Individual: é o documento emitido pela Seguradora e entregue ao Segurado que formaliza a Aceitação, a Renovação do seguro e/ou a Alteração dos valores do Capital Segurado ou do Prêmio do Seguro. Este documento contém as informações essenciais do seu seguro.

Coberturas: são as garantias passíveis de contratação disponibilizadas pela Seguradora, definidas nestas Condições Gerais. As Coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente na Proposta, na Apólice Coletiva e no Certificado Individual.

Condições Contratuais: é o conjunto de todas as disposições que regem a contratação, incluindo as constantes nas Condições Gerais, na Apólice Coletiva, nas Propostas e no Certificado Individual.

Condições Gerais: é o presente documento, que possui o conjunto de cláusulas que regem o plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, do Estipulante e dos Segurados.

Contrato Coletivo: é o instrumento jurídico, firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e as obrigações do Estipulante, da Seguradora e dos Segurados.

Corretor de Seguros: é o profissional autônomo, pessoa natural ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP), para intermediar e promover contratos de seguros, de acordo com a legislação vigente.

D

Data de Ocorrência: é a data em que se inicia o fato gerador do Sinistro.

Doenças, lesões, sequelas e acidentes preexistentes: são sequelas e doenças contraídas ou manifestadas ou, ainda, acidente sofrido pelo segurado anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do Proponente e não declaradas na Proposta de Adesão.

Doenças Graves: são as doenças de evolução prolongada e permanente dentre as previstas nestas Condições Gerais, que comprometem a saúde dos que delas padecem.

Dolo: é a prática intencional de ato ou omissão de fato de que resulte crime.

E

Endosso: é o documento expedido pela Seguradora, durante a Vigência, que formaliza a alteração do seguro contratado, de comum acordo entre as Partes envolvidas.

Estipulante: é a pessoa jurídica que contrata Apólice Coletiva, ficando investida de poderes de representação do Segurado perante a Seguradora, nos termos da legislação em vigor.

F

Franquia: é a participação do Segurado no Sinistro, representada neste seguro pelo período, contado a partir da Data de Ocorrência do Sinistro, durante o qual a Seguradora está isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

G

Grupo Segurado: é a parte do Grupo Segurável que foi efetivamente incluída na Apólice Coletiva após Aceitação da Seguradora.

Grupo Segurável: é constituído pela totalidade de pessoas físicas vinculadas ao Estipulante, que reúnem as condições para aderirem na Apólice Coletiva.

I

Indenização: é o valor a ser pago pela Seguradora ao Beneficiário na ocorrência do Sinistro, respeitando o limite do Capital Segurado da respectiva Cobertura contratada.

Invalidez Permanente por Acidente: perda, redução ou impotência funcional irreversível, total ou parcial, de um membro ou de um órgão.

M

Meios Remotos: aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

O

Obrigações Pecuniárias: correspondem ao valor devido em decorrência da obrigação assumida pela Seguradora ou pelo Segurado.

P

Prêmio do Seguro: é o valor pago pelo Responsável Financeiro à Seguradora para que o Segurado tenha direito às Coberturas contratadas.

Prescrição: é a perda da pretensão para exercer um determinado direito de ação para reclamar direitos, obrigações ou extinção das obrigações previstas no contrato de seguro, em razão do transcurso dos prazos previstos em lei.

Proponente: é a pessoa física, interessada em aderir ao seguro, que propõe à Seguradora a Aceitação do Risco, apresentando-lhe a Proposta de Adesão.

Proposta: é o documento, com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, em que o Proponente expressa a intenção de aderir ao seguro (Proposta de Adesão) ou em que o Segurado expressa a intenção de modificar o seguro já contratado (Proposta de Endosso), manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Pro Rata: é o cálculo proporcional a determinado prazo.

R

Repartição Simples: é o regime financeiro, no qual, o que se arrecada em prêmios é gasto com sinistros, sem que haja um processo de acumulação de reserva para eventos futuros. Todos os prêmios pagos pelos Segurados de um mesmo plano, em determinado período, destinam-se ao custeio de indenizações a serem pagas por todos os sinistros ocorridos no próprio período, uma vez que o prêmio cobrado é calculado de forma que corresponda à importância necessária para cobrir o valor das Indenizações relativas aos Sinistros esperados, sendo chamado de “regime de caixa” e não havendo a possibilidade de devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Responsável Financeiro, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

Renovação: é a continuidade da Cobertura do seguro, por meio da emissão de nova Apólice Coletiva e/ou Certificado Individual.

Responsável Financeiro: é o responsável pelo custeio do seguro, podendo ser o próprio Segurado ou outra pessoa física ou jurídica por ele autorizado.

Risco: é um evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do Segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

Risco Coberto: é o Risco, previsto no seguro, que, em caso de concretização, dá origem a um Sinistro, ou seja, ao direito de indenização e/ou reembolso ao Beneficiário do seguro.

S

Segurado: denominado também como Segurado Principal, é a pessoa física cuja Proposta de Adesão foi aceita pela Seguradora, ou seja, que aderiu ao Seguro.

Segurado Dependente: filho(a), pai, mãe, sogro(a), cônjuge ou companheiro(a) do Segurado Principal que tenha sido incluído no seguro por meio da contratação das coberturas de Assistências Funerais que os incluam.

Seguradora: é a pessoa jurídica legalmente constituída e autorizada a funcionar como tal e que garante os Riscos Cobertos especificados no seguro, sendo, neste produto, a Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A., CNPJ 87.376.109/0001-06.

Sinistro: é a ocorrência do Risco Coberto, durante o período de Vigência do seguro.

V

Vigência: Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o Seguro.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1. Este seguro tem o objetivo de garantir ao Segurado ou a seu Beneficiário o recebimento do Capital Segurado contratado e definido no Certificado Individual de seguro, caso ocorra um dos Riscos Cobertos previstos nas Coberturas contratadas durante o período de vigência, respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1. As Coberturas contratadas constarão na Proposta de Adesão e no Certificado Individual, de acordo com o disponibilizado pela Seguradora e da opção escolhida pelo Proponente.

3.1.1. É obrigatória a contratação da Cobertura Básica.

3.1.2. As Coberturas Adicionais são de contratação opcional e serão disponibilizadas a critério da Seguradora e do Estipulante.

3.1.3. As modificações ocorridas nas Coberturas escolhidas durante a Vigência do seguro constarão na Proposta de Endosso e no certificado de Endosso.

3.2. Cobertura Básica:

Morte

3.3. Coberturas Adicionais:

Adicional por Morte Acidental

Invalidez Permanente por Acidente

Doenças Graves e Procedimentos – 10 tipos

Diária por Afastamento Temporário

Assistência Funeral do Segurado

Assistência Funeral Cônjuge e Filhos

Assistência Funeral Pais e Sogros

3.4. A definição de cada uma das Coberturas contratadas, seus Riscos Cobertos e seus Riscos excluídos específicos estarão descritos na **cláusula 27** nestas Condições Gerais.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste seguro e, portanto, a Seguradora não indenizará os eventos ocorridos em consequência de:

a) doenças, lesões, acidentes ou sequelas preexistentes à inclusão do Segurado no presente seguro, não declarados na Proposta de Adesão e de conhecimento do Segurado e/ou de seus representantes legais;

b) atos ilícitos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário e/ou pelos seus respectivos representantes legais;

- c) uso de material nuclear para quaisquer fins não terapêuticos, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- d) atos reconhecidos como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, como por exemplo conflitos armados, revoltas ou atos terroristas, exceto se for devido à prestação de serviço militar;
- e) autolesões, voluntárias e premeditadas ou sua tentativa;
- f) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- g) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza.

4.2. Para eventos decorrentes de Acidente Pessoal, também estão excluídos:

- a) danos estéticos ou perda dos dentes;
- b) doenças, quaisquer que sejam suas causas, inclusive acidente vascular cerebral (AVC), exceto se causadas diretamente pelo acidente pessoal coberto;
- c) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não ocorrerem em consequência de Acidente Pessoal coberto;
- d) perturbações, envenenamentos ou intoxicações, salvo a ingestão de medicamentos, exclusivamente quando prescritos por médico em consequência de Acidente Pessoal;
- e) moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores e de picadas de insetos;
- f) eventos ocorridos quando o Segurado estiver conduzindo qualquer tipo de veículo sem possuir habilitação para esta condução;
- g) prática de atividades sem as devidas certificações, autorizações ou sem os equipamentos de segurança necessários para o determinado fim.

5. ACEITAÇÃO E ADESÃO AO SEGURO (PROPONENTE)

5.1. Para adesão ao seguro, o Proponente deverá ter idade mínima de 14 (quatorze) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos, se encontrar em perfeito estado de saúde física e mental e em plena atividade laborativa.

5.2. Após conhecimento destas Condições Gerais, a intenção do Proponente pela adesão ao seguro deverá ser formalizada por meio da Proposta de Adesão, com o preenchimento de todas as informações solicitadas pela Seguradora para Análise do Risco do seguro e com a devida certificação do Proponente, de seu representante legal ou do Corretor de Seguros.

5.2.1. O preenchimento e a formalização da Proposta de Adesão também poderá ser efetuada por Meios Remotos, necessariamente de forma autenticada e passível de comprovação da autoria e integridade, como, por exemplo, mediante login e senha no aplicativo Santander com certificação digital, pelo uso de senha pessoal e intransferível ou por processos de dupla verificação de identificação.

5.2.2. Na adesão ao seguro por Meios Remotos, o Proponente poderá, em até 7 (sete) dias corridos da data de formalização da Proposta, desistir deste processo, mediante formalização ao Estipulante e Seguradora; nesta hipótese, serão devolvidos os valores já pagos referentes ao Prêmio do Seguro.

5.3. A Aceitação da Proposta de Adesão estará sujeita à análise do Risco pela Seguradora.

5.3.1. O simples recebimento do Prêmio do Seguro não representa Aceitação por parte da Seguradora.

5.4. Caso o Proponente realize agendamento da data do primeiro pagamento do seguro, não haverá cobertura securitária entre a data de preenchimento da Proposta de Adesão e a data de vencimento do pagamento escolhida.

5.4.1. A partir do recebimento da Proposta de Adesão, iniciar-se-á o prazo de 15 (quinze) dias para a Seguradora manifestar-se sobre a Aceitação ou recusa do Risco.

5.4.1.1. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para a análise e a Aceitação do Risco uma única vez, durante o prazo previsto nesta **cláusula 5.4.1.**

5.4.1.2. No caso de solicitação de documentos complementares, o prazo previsto nesta **cláusula 5.4.1** ficará suspenso, voltando a correr na data em que se efetivar a entrega de toda a documentação à Seguradora.

5.4.1.3. Caso ocorra algum Sinistro durante o prazo previsto nesta **cláusula 5.4.1** estando o Risco proposto dentro das condições normais de Aceitação da Seguradora, a Indenização devida será paga.

5.5. Caso decida pela não Aceitação da Proposta de Adesão ao seguro, a Seguradora deverá comunicar esta decisão formalmente ao Proponente, a seu representante legal, ou seu Corretor de Seguros, com a devida justificativa da recusa, dentro do prazo previsto na **cláusula 5.4.1.**

5.5.1. Na situação que tenha havido adiantamento do Prêmio do Seguro, a recusa gerará devolução total destes valores já pagos pelo Responsável Financeiro em até 15 dias do momento da formalização, não havendo cobertura provisória do seguro entre a data de recebimento da Proposta de Adesão e a data da formalização da recusa.

5.5.2. Caso a Seguradora não manifeste formalmente esta recusa dentro dos prazos citados, a Aceitação será tácita e a Proposta de Adesão será automaticamente aceita.

5.6. Estando o seguro aceito, a Seguradora emitirá o Certificado Individual em até 15 (quinze) dias, a partir da data de Aceitação da Proposta de Adesão.

5.7. A partir da Aceitação do seguro por parte da Seguradora, o Proponente passará a ser denominado como Segurado e fará parte do Grupo Segurado da Apólice Coletiva.

6. CONTRATAÇÃO DA APÓLICE COLETIVA (ESTIPULANTE)

6.1. O Estipulante contratará a Apólice Coletiva por meio de acordos com a Seguradora, podendo ofertar o seguro ao Grupo Segurável, conforme condições e conjugações preestabelecidas e seguindo as obrigações presentes nestas Condições Gerais.

7. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

7.1. Certificado Individual:

7.1.1. O início e o término de Vigência do seguro serão a partir das 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na Proposta, no Certificado Individual e, quando houver, nos Endossos.

7.1.2. Para as Propostas recepcionadas sem pagamento de Prêmio do Seguro, o início de Vigência da Cobertura será a partir da data escolhida para vencimento da primeira parcela do seguro ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

7.1.3. O Certificado Individual de seguro poderá ser renovado automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante, o Segurado ou a Seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias ao final da Vigência da Apólice Coletiva ou do Certificado Individual ou se ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nas Condições Contratuais.

7.1.4. A Renovação automática prevista na cláusula anterior só poderá ocorrer uma única vez, devendo haver, para as Renovações posteriores, manifestação expressa do Segurado, de seu representante legal ou de seu corretor de seguros.

7.2. Apólice Coletiva:

7.2.1. A Apólice Coletiva vigorará pelo prazo definido entre Estipulante e Seguradora, sendo renovada automaticamente ao final do período, limitado a uma renovação automática.

7.2.2. As renovações posteriores da Apólice Coletiva serão feitas de forma expressa entre o Estipulante e a Seguradora, desde que não implique em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos.

7.2.3. Caso haja, na renovação da Apólice Coletiva, alguma alteração que implique em ônus ou dever dos Segurados ou redução de seus direitos, está deverá ser feita por meio de aditivo à Apólice Coletiva, devidamente ratificada pelo correspondente Endosso, e deverá conter a anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado.

7.2.4. Terminada a vigência da Apólice Coletiva, esta poderá ou não ser renovada pela Seguradora ou pelo Estipulante, mediante aviso prévio e expresso de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice Coletiva.

7.2.4.1. No caso de não renovação, se existirem Certificados Individuais cujo fim de vigência ultrapasse o fim de vigência da Apólice Coletiva não renovada, a Apólice e o respectivo Contrato Coletivo (quando houver) deverão ter suas vigências estendidas, pelo Estipulante e pela Seguradora, até o final de vigência especificado nos Certificados Individuais já emitidos.

7.2.4.2. É expressamente vedada a emissão de novos Certificados Individuais durante o período de vigência estendida de que trata a cláusula acima.

7.3. Para a Renovação de seguro, serão utilizadas as informações constantes da Apólice Coletiva e/ou do Certificado Individual em vigor. Se ocorrer qualquer alteração, o Estipulante, o Segurado, seu representante legal ou seu Corretor de Seguros deverão informar a Seguradora para análise de Risco.

7.4. A emissão da Apólice Coletiva e do Certificado Individual será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data da sua respectiva Renovação.

7.5. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice Coletiva ou o Certificado Individual de seguro na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice Coletiva ou do Certificado Individual, observado o disposto na **cláusula 7.2.**

8. ALTERAÇÃO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL (ENDOSSO)

8.1. O Segurado poderá solicitar alterações cadastrais, de beneficiários ou quaisquer outras que não influenciem nos Riscos Cobertos a qualquer momento, mediante solicitação à Seguradora.

8.2. Caso seja disponibilizado pela Seguradora e pelo Estipulante, o Segurado poderá solicitar alterações nas Coberturas contratadas, como aumento ou redução do Capital Segurado e inclusão ou exclusão de Coberturas,

sendo estas modificações passíveis de análise de Aceitação pela Seguradora.

8.3. A intenção do Segurado por qualquer alteração de informações constantes no Certificado Individual deverá ser formalizada por meio da Proposta de Endosso, com o preenchimento de todas as informações solicitadas pela Seguradora e com a devida certificação do Segurado, de seu representante legal ou de seu Corretor de Seguros.

8.3.1. O preenchimento e a formalização da Proposta de Endosso também poderão ser efetuados por Meios Remotos, necessariamente de forma autenticada e passível de comprovação da autoria e integridade, como, por exemplo, mediante login e senha no aplicativo Santander com certificação digital, pelo uso de senha pessoal e intransferível ou por processos de dupla verificação de identificação.

8.4. A Seguradora fornecerá ao Segurado, a seu representante legal ou a seu Corretor de Seguros o protocolo de recepção da Proposta, contendo a data e hora deste recebimento.

8.5. Nos casos de alterações das Coberturas contratadas, a Aceitação da Proposta de Endosso estará sujeita à análise do Risco pela Seguradora.

8.5.1. A partir da data de recebimento de Proposta de Endosso, iniciar-se-á um prazo de 15 (quinze) dias para a Seguradora manifestar-se sobre a Aceitação ou recusa do Risco.

8.5.1.1. A Seguradora poderá solicitar documentos complementares para a análise e a Aceitação do Risco uma única vez, durante o prazo previsto nesta **cláusula 8.5.1.**

8.5.1.2. No caso de solicitação de documentos complementares, o prazo previsto nesta **cláusula 8.5.1.** ficará suspenso, voltando a correr na data em que se efetivar a entrega de toda a documentação à Seguradora.

8.5.1.3. Caso ocorra algum Sinistro durante o prazo previsto nesta **cláusula 8.5.1.** estando o Risco proposto dentro das condições normais de Aceitação da Seguradora, a Indenização devida será paga já nas novas condições alteradas.

8.5.2. Caso decida pela não Aceitação da Proposta de Endosso ao seguro, a Seguradora deverá comunicar esta decisão formalmente ao Segurado, a seu representante legal ou a seu Corretor de Seguros, com a devida justificativa da recusa dentro do prazo previsto na cláusula

8.5.2.1. Na situação em que o Prêmio do Seguro aumentaria com as modificações solicitadas e que já tenha havido adiantamento destes valores, a recusa gerará devolução dos valores a mais já pagos pelo Responsável Financeiro em até 15 dias do momento da formalização, não havendo cobertura provisória do seguro entre a data de recebimento da Proposta de Endosso e a data da formalização da recusa.

8.5.2.2. Caso a Seguradora não manifeste formalmente esta recusa dentro dos prazos citados, a Proposta de Endosso será automaticamente recusada, mantendo-se as condições anteriormente vigentes.

8.5.3. Sendo as modificações aceitas, a Seguradora emitirá o Endosso em até 15 (quinze) dias, contados a partir da data de Aceitação da Proposta de Endosso.

8.6. O início de Vigência das modificações contará a partir da data de recepção da Proposta de Endosso pela Seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes. O final de Vigência manterá o que estava previamente disposto no seguro.

9. FRANQUIA E CARÊNCIA

9.1. Poderá ser aplicada Carência e Franquia nas Coberturas contratadas. O período de ambas deverá ser apresentado previamente à adesão ao seguro e estará estabelecido na Proposta e no Certificado Individual.

9.2. Sobre a Carência:

9.2.1. A contagem se inicia a partir do início de Vigência do Certificado Individual.

9.2.2. Em caso de Endosso, poderá ser aplicada carência em relação à parte aumentada de Capital Segurado para cada Cobertura modificada. Neste caso, a contagem se iniciará a partir da data de início de Vigência do Endosso.

9.2.3. A Carência não será aplicada em caso de eventos decorrentes de Acidente Pessoal, **exceto no caso de suicídio ou na sua tentativa, cuja Carência será de 2 (dois) anos, conforme determinado por legislação vigente.**

9.2.4. Com exceção da Carência por suicídio ou sua tentativa, o período não poderá exceder metade do prazo de Vigência do Certificado Individual.

9.3. Sobre a Franquia:

9.3.1. A contagem se inicia a partir da Data de Ocorrência do Sinistro, **excluindo-se, assim, eventos que perdurem por um período menor.**

9.3.2. Poderá ter período distinto, a depender da categoria profissional do Segurado.

9.3.3. É aplicável apenas a Coberturas que dependam de o Segurado manter-se nas condições de Sinistro para ser elegível ao recebimento da Indenização.

9.3.4. Por ser a participação do Segurado no Sinistro, é descontada do período total do Sinistro para cálculo do valor da Indenização.

10. PAGAMENTO DO PRÊMIO

10.1. O pagamento do Prêmio poderá ser efetuado de forma única ou fracionada, conforme opções disponibilizadas pela Seguradora e selecionada pelo Proponente e/ou pelo Responsável Financeiro na adesão ao seguro.

10.2. Caso a data limite para pagamento do Prêmio caia em fim de semana ou feriado bancário, o seguro poderá ser pago no primeiro dia útil subsequente.

10.3. No caso de fracionamento do Prêmio, quando o pagamento da Indenização acarretar o cancelamento do Certificado Individual, as parcelas vincendas do Prêmio poderão ser deduzidas do valor da Indenização.

11. FALTA DE PAGAMENTO E PRAZO DE TOLERÂNCIA DO SEGURO

11.1. A falta de pagamento do Prêmio do Seguro não acarretará na suspensão automática das Coberturas dentro do prazo de 90 (noventa) dias, exceto pela falta de pagamento da primeira parcela ou do Prêmio do Seguro à vista, que causará o cancelamento do seguro.

11.1.1. Durante este período de inadimplência de 90 dias, considerando a data de vencimento da primeira parcela vencida:

11.1.1.1. Haverá cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do Prêmio do Seguro devido.

11.1.1.2. A Seguradora comunicará a inadimplência ao Segurado e/ou a seu representante legal, por qualquer meio comprovável, com base nos dados de contato que a ela foram informados, antes do eventual cancelamento do seguro.

11.1.2. Ao fim do período de inadimplência de 90 dias, considerando a data da parcela vencida mais antiga:

11.1.2.1. Realizada a comunicação de inadimplência pela Seguradora, sem que tenha sido paga a respectiva parcela do Prêmio do Seguro, o Certificado Individual ou o Endosso a ele referente ficará automaticamente

cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, não cabendo qualquer restituição de Prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

11.2. Nos seguros contratados com fracionamento do pagamento do Prêmio do Seguro, na hipótese de não pagamento de uma ou mais parcelas devidas pelo Segurado, a Vigência será ajustada e reduzida por um prazo proporcional (Pro Rata), considerando o Prêmio do Seguro efetivamente pago e aquele devido.

11.2.1. O Segurado poderá restabelecer o direito às Coberturas contratadas pela Vigência inicialmente acordada, desde que retome o pagamento do Prêmio do Seguro devido dentro do prazo estabelecido na cláusula **cláusula 11.1**, sendo facultada à Seguradora a cobrança de juros, nos termos da **cláusula 14**.

11.2.2. Restabelecido o pagamento do Prêmio do Seguro das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos previstos, dentro do novo prazo de Vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de Vigência original do seguro.

11.2.3. Na hipótese mencionada na **cláusula 11.2**, a Seguradora comunicará ao Segurado e/ou a seu representante legal, por qualquer meio comprovável e com base nos dados de contato que a ela foram informados, sobre o novo prazo de Vigência ajustado.

12. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

12.1. Para manutenção do equilíbrio atuarial e do valor real contratado para o seguro, os Capitais Segurados e seus correspondentes Prêmios serão atualizados com base em:

12.1.1. Inflação:

12.1.1.1. O Capital Segurado e o Prêmio do Seguro correspondente serão atualizados monetariamente com base no Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), se positivo, na forma da publicação procedida nos 2 (dois) meses imediatamente anteriores a data de atualização.

12.1.1.2. Para Certificados Individuais com fracionamento de Prêmio igual ou acima de 12 parcelas, o Capital Segurado e o Prêmio de Seguro correspondente serão atualizados monetariamente em cada aniversário de Vigência do Certificado Individual.

12.1.1.3. Para Certificados Individuais com fracionamento de Prêmio menor que 12 parcelas, o Capital Segurado será atualizado a cada aniversário de vigência do Certificado Individual e o Prêmio de Seguro será atualizado na data da renovação, considerando a inflação acumulada no período da Vigência do seguro.

12.1.2. Aumento do Risco proporcional à Idade do Segurado:

12.1.2.1. De acordo com a Idade do Segurado na data de renovação do Certificado Individual, será aplicado sobre o Prêmio do Seguro de cada cobertura um percentual de reajuste, conforme as Tabelas de Reenquadramento Etário.

12.1.2.2. As coberturas de Morte, Doenças Graves e Procedimentos (10 tipos), Diária por Afastamento Temporário e Assistência Funeral são sujeitas ao reajuste anual com base nas Tabelas de Reenquadramento Etário presentes na cláusula 28.

12.2 As Obrigações Pecuniárias do seguro também deverão ser atualizadas com base na Inflação para manutenção dos valores reais:

12.2.1. O índice utilizado como base será o Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE).

12.2.2. A atualização monetária das Obrigações Pecuniárias será efetuada com base na variação, se positiva, apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade e o publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

12.2.3. No caso de recusa da Proposta, ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias para a devolução do Prêmio do Seguro, os valores serão devolvidos ao Responsável Financeiro, devidamente atualizados, a partir da data da formalização da recusa, que é a data de exigibilidade.

12.2.4. No caso de recebimento indevido de Prêmio do Seguro, os valores serão devolvidos ao Responsável Financeiro, devidamente atualizados desde a data de recebimento pela Seguradora, que é a data de exigibilidade.

12.2.5. No caso de cancelamento do seguro por iniciativa da Seguradora, os valores a serem devolvidos serão atualizados monetariamente a partir da data do efetivo cancelamento, que é a data de exigibilidade.

12.2.6. Na hipótese de não pagamento da indenização no prazo previsto na **cláusula 14.3.1** destas Condições Gerais, o valor devido será atualizado monetariamente a partir da Data de Ocorrência do Sinistro.

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

12.4. No caso de extinção do índice estabelecido nestas Condições Gerais, deverá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (IPC/FIPE).

13. CANCELAMENTO DO SEGURO

13.1. O Certificado Individual será cancelado nas seguintes situações:

- a) Com a morte do Segurado;
- b) por solicitação do Segurado ou de seu representante legal;
- c) se o prêmio do seguro não for pago, conforme previsto na **cláusula 11.1**;
- d) quando ocorrer qualquer uma das situações de Perda de Direitos, conforme previsto na **cláusula 19.1**;
- e) com o cancelamento ou o final de Vigência, sem renovação da Apólice Coletiva mantida entre Estipulante e Seguradora, respeitado o período correspondente ao prêmio pago pelo Responsável Financeiro;
- f) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante e desde que o Estipulante não permita a manutenção do Segurado no plano;
- g) encerrado o prazo de Vigência do Certificado Individual que não tenha sido renovado;
- h) reconhecida a Invalidez Permanente Total por Acidente do Segurado, caso a Seguradora optar e comunicar, conforme **cláusula 27.3.9**.

13.1.1. No caso de cancelamento do seguro em razão das circunstâncias abrangidas pela alínea “d” acima, haverá a perda do direito ao recebimento de qualquer restituição de Prêmio e/ou Indenização.

13.1.2. O cancelamento cessa a cobertura securitária, portanto a Seguradora ficará isenta de qualquer responsabilidade sobre eventos ocorridos ao Segurado após esta data.

13.1.3. Cancelado o Certificado Individual do seguro, as Coberturas somente poderão ser reabilitadas mediante o preenchimento de nova Proposta de Adesão e a análise de Aceitação do Risco por parte da Seguradora.

13.2. A Apólice Coletiva será cancelada nas seguintes situações:

- a) A qualquer momento de sua vigência, em decorrência de acordo específico firmado entre a Seguradora e o Estipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ (três quartos) do Grupo Segurado;**
- b) pelo descumprimento de quaisquer das cláusulas estabelecidas nestas Condições Gerais e/ou no Contrato Coletivo, quando houver;**
- c) se houver a caracterização de dolo ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência da Apólice Coletiva.**

13.2.1. Após o cancelamento, a Apólice Coletiva do seguro somente poderá ser reabilitada mediante novo acordo com o Estipulante e nova análise de Aceitação dos Riscos por parte da Seguradora.

14. JUROS DE MORA

14.1. O não cumprimento das obrigações pela Seguradora ou pelo Segurado acarretará juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, mais a atualização monetária prevista na **cláusula 12**.

14.2. Os juros de mora serão aplicáveis a partir do primeiro dia posterior ao término dos prazos fixados nestas Condições Gerais.

14.3. O pagamento de valores relativos aos juros moratórios far-se-á independentemente de notificação, protesto ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do seguro.

15. BENEFICIÁRIO

15.1. Na cobertura de Morte, o Segurado poderá indicar, livremente e a qualquer tempo, os Beneficiários que desejar, ressalvadas as restrições legais.

15.2. Caso não haja indicação dos Beneficiários pelo Segurado Principal durante a vigência do seguro ou caso, por qualquer motivo não prevalecer a que for feita na cobertura de Morte, o Capital Segurado será pago conforme legislação vigente.

15.3. Nas coberturas de Invalidez Permanente por Acidente, Doenças Graves e Procedimentos (10 tipos) e Diária por Afastamento Temporário, o Beneficiário será o próprio Segurado. Observada a **cláusula 27.3.11**, caso o Segurado venha a falecer antes do recebimento da indenização, os Beneficiários serão aqueles indicados para a cobertura de Morte.

15.4. Na Cobertura de Assistência Funeral, o Beneficiário será aquele que provar que arcou com as despesas funerais.

15.5. A pessoa jurídica poderá ser beneficiária do Segurado, se comprovar o legítimo interesse para figurar nessa condição.

16. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

16.1. Na liquidação do Sinistro, a data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, para cada Cobertura, será:

- a) Para eventos decorrentes de Acidente Pessoal: a data do acidente.**

b) Morte e Assistência Funeral (por falecimento de causas naturais): o dia do falecimento.

c) Doenças Graves e Procedimentos (10 tipos): dia da primeira constatação da doença coberta ou dia do primeiro diagnóstico que ocasionou a realização do procedimento coberto;

d) Diária por Afastamento Temporário (por Doença): o primeiro dia do afastamento médico por incapacidade do Segurado de exercer sua profissão ou sua ocupação remunerada em território brasileiro.

16.2. Em caso de Sinistro, o Beneficiário deverá:

16.2.1. Comunicar o Sinistro imediatamente à Seguradora, por meio dos canais disponíveis.

16.2.2. Registrar a ocorrência do sinistro junto às autoridades competentes, observada a relação disposta na **cláusula 16.4 destas Condições Gerais.**

16.2.3. Fazer constar da comunicação escrita a data, a hora, o local, os valores e as causas possíveis, bem como todas as informações e esclarecimentos sobre as circunstâncias associadas ao evento.

16.2.4. Fornecer à Seguradora os documentos previstos na **cláusula 16.4.**

16.3. Liquidação do Sinistro:

16.3.1. O prazo máximo para pagamento da Indenização será de até 30 (trinta) dias, contados da data em que a Seguradora receber todos os documentos necessários para a comprovação do Sinistro, de acordo com a relação constante da **cláusula 16.4**.

16.3.2. Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar outros documentos, informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora dos documentos, das informações ou dos esclarecimentos complementares.

16.3.3. O não pagamento da indenização no prazo previsto na **cláusula 16.3.1** implicará na aplicação de juros de mora, de acordo com a **cláusula 14**, sem prejuízo de sua atualização, de acordo com a **cláusula 12**.

16.3.4. Para o recebimento da indenização, deverá o Beneficiário prestar toda a assistência que se fizer necessária e provar satisfatoriamente a ocorrência do Sinistro, bem como relatar todas as circunstâncias relacionadas ao Sinistro, sendo facultada à Seguradora a adoção de medidas para plena análise do fato.

16.3.5. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com a obtenção dos documentos necessários correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

16.3.6. Os atos ou as providências que a Seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si só, para o reconhecimento da obrigação de pagar o Capital Segurado reclamado.

16.3.7. O pagamento da Indenização será realizado sob a forma de parcela única.

16.3.8. Caso o processo de regulação de sinistros conclua que a Indenização não é devida, a Seguradora comunicará ao Beneficiário, por qualquer meio comprovável, e com base nos dados de contato que a ela foram informados, a justificativa para o não pagamento, dentro do prazo previsto na **cláusula 16.3.1**.

16.4. Documentos para sinistro:

Documentos comuns a todos os casos de Sinistro

a) Autorização para crédito em conta-corrente, com descrição da conta-corrente em que deverá ser depositado o valor de indenização (formulário original fornecido pela Seguradora);

b) RG/RNE e CPF ou CNH do Segurado sinistrado (cópia simples);

c) Comprovante de endereço do Segurado (cópia simples).

Em caso de morte

a) Aviso de Sinistro ou relatório médico (com carimbo e CRM), informando o diagnóstico, a data do diagnóstico e os tratamentos realizados;

b) Certidão de óbito (cópia autenticada);

c) Comprovante de residência dos Beneficiários (cópia simples);

d) RG e CPF ou CNH dos Beneficiários (cópia simples);

e) Se não houver indicação de Beneficiários: Declaração de Herdeiros (Declaração Unificada, informando o estado civil e quais são os herdeiros legais do Segurado);

f) Em caso de Morte em decorrência de Acidente Pessoal:

I. Boletim de Ocorrência (B.O.) ou Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) – cópia simples;

II. Laudo de necropsia (cópia simples).

Em caso de invalidez permanente por acidente

a) Aviso de Sinistro ou relatório médico (com carimbo e CRM), descrevendo quadro clínico, data da alta médica, sequelas e incapacidades, com grau de redução funcional em porcentagem;

b) Boletim de Ocorrência (B.O.) ou Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) - cópia simples;

c) Radiografias ou exames de imagem das lesões.

Em caso de doenças graves e procedimentos (10 tipos)

a) Aviso de Sinistro ou relatório médico (com carimbo e CRM) informando o diagnóstico, data do diagnóstico e tratamentos realizados;

b) Exames e laudos médicos que comprovem o diagnóstico da doença (cópia simples).

Em caso de diária por afastamento temporário

a) Laudos ou atestado, com a descrição dos dias afastados das atividades laborais, com CRM do médico e CID;

b) Caso o Segurado seja autônomo: cópia autenticada do comprovante da atividade autônoma, que pode ser a última declaração do Imposto de Renda, o Recibo de Pagamento de Autônomo, o Carnê-Leão, acrescido de documento que comprove a atividade desempenhada, ou o comprovante de pagamento do INSS dos últimos 3 (três) meses anteriores à Data de Ocorrência do Sinistro, acrescido do documento que comprove a atividade;

c) Caso o Segurado esteja em regime CLT: cópias das seguintes páginas da Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) – página da foto, página da qualificação civil, página do último contrato de trabalho.

d) Caso o Segurado seja funcionário público: última declaração de imposto de renda, declaração do órgão público ou holerite.

e) Em caso de Afastamento em decorrência de Acidente Pessoal:

I. Boletim de Ocorrência (B.O.) ou Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) - cópia simples;

Em caso de Assistência Funeral

- a) Certidão de óbito (cópia autenticada);
- b) Comprovante de endereço do responsável pelas despesas com o funeral (cópia simples);
- c) RG e CPF ou CNH do responsável pelas despesas com o funeral (cópia simples);
- d) Notas fiscais e recibos das despesas com o funeral;
- e) Se o sinistrado for o cônjuge, o sogro ou a sogra: Certidão de Casamento do Segurado (cópia simples).

17. PERÍCIA MÉDICA

17.1. Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento da ocorrência de um Sinistro, a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado.

17.1.1. O Segurado ou sua família deverá permitir e favorecer que seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar que participaram de seu atendimento forneçam as informações solicitadas pela Seguradora, a qual se compromete a zelar por sua confidencialidade..

17.1.2. Os resultados apurados pela perícia realizada pela Seguradora, inclusive laudos de exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado e seu médico assistente.

17.1.3. Os gastos decorrentes da perícia médica ficarão a cargo da Seguradora.

18. JUNTA MÉDICA

18.1. No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como dúvida quanto ao correto enquadramento do Risco Coberto, a Seguradora poderá propor formalmente ao Segurado, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

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

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

18.1.3. 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.

19. PERDA DE DIREITOS

19.1. Além dos casos previstos em lei e nas demais cláusulas das condições deste seguro, o Segurado perderá o direito a qualquer indenização, bem como terá o seguro cancelado, sem direito a restituição do Prêmio do Seguro já pago, se:

19.1.1. agravar intencionalmente o risco;

19.1.2. praticar atos que sejam contrários aos termos e obrigações previstos nestas Condições Gerais;

19.1.3. por si ou por seu representante legal, agir com dolo, praticar ato ilícito ou contrário à lei, cometer fraude ou tentativa de fraude no ato da adesão ou durante toda a Vigência do seguro, simulando ou provocando Sinistro ou, ainda, agravando as consequências do mesmo para obter Indenização ou dificultar a análise da Seguradora;

19.1.4. por si ou por seu representante legal, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias, inclusive doenças e lesões preexistentes, que possam influir na aceitação da Proposta, no valor do Prêmio ou na regulação do Sinistro.

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

19.2.1. Na hipótese de não ocorrência do Sinistro:

a) cancelar o seguro, podendo reter do Prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido (Pro Rata); ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de Prêmio cabível e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

19.2.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:

a) após o pagamento da Indenização, cancelar o seguro, podendo reter do Prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido (Pro Rata), acrescido da diferença cabível; ou

b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de Prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

19.2.3. Na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado: após o pagamento da Indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de Prêmio cabível.

19.3. O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar o Risco Coberto, sob pena de perder o direito à Indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

19.3.1. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá, por meio de comunicação formal:

a) cancelar o seguro;

b) restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes;

c) cobrar a diferença de Prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

19.3.2. 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 (Pro Rata).

20. RECÁLCULO DO PRÊMIO

20.1. A Seguradora poderá recalcular as taxas do Seguro se alterações na natureza dos Riscos do seguro inviabilizar ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, ou de acordo com negociações com o Estipulante.

20.2. As novas taxas serão aplicadas, exclusivamente, aos seguros comercializados após a alteração.

20.3. Qualquer modificação em Apólice Coletiva vigente ou na renovação, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

20.4. A Apólice Coletiva não poderá ser cancelada durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

21.1. Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e Aceitação do Risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais.

21.2. Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados e alterações na natureza do Risco coberto, de acordo com o definido contratualmente.

21.3. Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro.

21.4. Repassar para a Seguradora o valor do Prêmio do Seguro recolhido dos Segurados, nos prazos determinados como data de vencimento.

21.5. Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao Acordo Coletivo e Apólice Coletiva, quando for responsável por tais ações.

21.6. Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro.

21.7. 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.

21.8. Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação dos Sinistros.

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

21.10. Comunicar de imediato à SUSEP quaisquer informações procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado.

21.11. É expressamente vedado ao Estipulante:

21.11.1. Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;

21.11.2. Efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a rigorosamente as Condições Contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

21.12. Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, constará do Certificado Individual, o percentual e valor deste pagamento, sendo o Segurado informado sobre qualquer alteração que houver.

22. DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1. As Condições Gerais deste produto encontram-se registradas na SUSEP, de acordo com o número do processo constante na Proposta e no Certificado Individual e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

22.2. Estas Condições Gerais também estarão à disposição do Proponente, de seu representante legal ou de seu Corretor de Seguros, previamente à contratação do seguro, no endereço eletrônico do Estipulante: www.santander.com.br.

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

22.4. O Segurado poderá consultar a situação cadastral do Corretor de Seguros e da Seguradora no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

22.5. Mediante a contratação do seguro, o Segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas dos seus direitos que se encontram em destaque no texto destas Condições Gerais.

23. PRESCRIÇÃO

23.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados na legislação em vigor.

24. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

24.1. O presente seguro cobre Sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, 24 (vinte e quatro) horas por dia, sendo que os encargos decorrentes de eventual tradução dos documentos necessários ao recebimento de indenização correrão a cargo Seguradora.

24.2. O reembolso das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite do Capital Segurado estabelecido.

25. FORO

25.1. O foro competente para discutir eventuais questões oriundas do presente seguro entre o Segurado, o Beneficiário e a Seguradora será sempre o foro de domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

26. TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

26.1. O Segurado concorda e reconhece que seus dados pessoais e/ou de saúde serão usados e analisados pela Seguradora para aceitação do risco, e, esses dados (anonimizados ou não) poderão ser usados em modelos estatísticos e/ou mercadológicos das empresas do nosso Grupo econômico, bem como para o fim único da execução do contrato para plano de previdência, ditas informações poderão ser compartilhadas com empresas que nos ajude no cumprimento do referido contrato (por ex. assistência, regulação de sinistro, serviços de telemedicina, call center etc). Os dados do Segurado serão guardados com todo zelo e cuidado e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros e Previdência.

26.2. O Segurado, na condição de titular dos dados pessoais, tem direito de obter a qualquer momento a confirmação da existência de tratamento e o acesso aos dados. Para solicitações ou tirar qualquer dúvida sobre seus dados pessoais, entre em contato conosco por meio dos canais de atendimento.

26.3. Para a correção de dados incompletos, inexatos ou desatualizados o titular poderá acessar o Internet Banking, aplicativo do banco Santander ou entrar em contato com seu gerente.

26.4. A Seguradora garante e assume o compromisso de jamais vender e nem ceder os dados do Segurado além da finalidade mencionada, e cumpre integralmente a Lei Geral de Proteção de Dados do Brasil.

27. DESCRIÇÃO DAS COBERTURAS DO SEGURO

27.1. Morte

27.1.1. Garante ao Beneficiário o pagamento do Capital Segurado na ocorrência de morte do Segurado por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de riscos excluídos.**

27.2. Adicional por Morte Acidental

27.2.1. Garante ao Beneficiário o pagamento do Capital Segurado, na ocorrência de morte do Segurado, **exclusivamente por causas acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos.**

27.3. Invalidez Permanente por Acidente (IPA)

27.3.1. Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado, **de acordo com o percentual estabelecido para a sequela permanente definida na Tabela de Cálculo da Indenização de IPA, em caso de invalidez permanente causada exclusivamente por um Acidente Pessoal, exceto se decorrente de riscos excluídos.**

27.3.2. Considera-se como Invalidez Permanente por Acidente a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou de um órgão, por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam irreversíveis, isto é, sem possibilidade de reabilitação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação.

27.3.3. Tabela de Cálculo de Indenização de IPA

Parte do corpo afetada	Sistema/ Órgão afetado	Sequela permanente causada por um acidente pessoal	Percentual de Indenização
Cabeça e Pescoço	Olhos /Visão	Perda total e incurável de visão dos olhos (um ou ambos)	100%
		Lesão definitiva das vias lacrimais (uma ou ambas)	25%
		Diplopia definitiva ("visão dupla")	15%
		Entrópion ou Ectrópion das pálpebras / "pálpebra invertida" (uma ou ambas)	15%
		Incapacidade de fechar/ocluid os olhos (um olho ou ambos)	10%
		Ptose palpebral / "pálpebra caída" (uma ou ambas)	10%
	Nariz / Olfato	Amputação total do nariz	25%
		Perda total e incurável do olfato	10%

Cabeça e Pescoço	Sistema nervoso	Alienação mental total e incurável	100%
		Epilepsia pós-traumática	20%
		Hidrocefalia com tratamento por derivação ventrículo peritoneal	20%
		Síndrome pós-concussão	10%
	Orelhas / Ouvidos / Audição	Surdez total e incurável de ambos os ouvidos, ou de um ouvido quando o Segurado já for surdo do outro	100%
		Surdez total incurável de um dos ouvidos	20%
		Amputação total das duas orelhas	20%
		Amputação total de uma orelha	10%
	Boca / Fonação	Mudez incurável	100%
		Perda de substância do palato mole e/ou duro	20%
		Amputação total da língua ou parcial em mais de 50%	50%
		Amputação parcial da língua em menos de 50%	15%
		Anquilose ("rigidez") total da articulação temporomandibular	30%
		Fratura não consolidada (pseudartrose) da mandíbula	25%
		Paralisia incurável de duas pregas/cordas vocais	30%
		Paralisia incurável de uma prega/corda vocal	10%
	Pescoço / Coluna cervical	Imobilidade total do segmento cervical da coluna vertebral	100%
		Traqueostomia definitiva	40%
		Hérnia traumática de disco cervical	20%
		Estenose ("estreitamento") da faringe com obstáculo a deglutição	20%
Braços e Mãos	Braços	Perda total do uso dos membros superiores (um ou ambos)	100%
		Fratura não consolidada (pseudartrose) de um dos úmeros	50%
		Fratura não consolidada (pseudartrose) de um dos segmentos rádio-ulnares	30%
		Anquilose ("rigidez") total de um ombro	25%
		Anquilose ("rigidez") total de um cotovelo	25%
		Anquilose ("rigidez") total de um punho	20%
	Mãos e dedos	Perda total do uso das mãos (uma ou ambas)	100%
		Perda total do uso de um dos polegares (com comprometimento total da função de "pinça")	100%
		Perda total do uso de um dos polegares (sem comprometimento da função de "pinça")	30%
		Perda total do uso de um dos outros dedos (indicador, mínimo, médio ou anular/"anelar")	15%
		Perda total do uso da falange distal do polegar	15%
		Perda total do uso de qualquer falange dos dedos da mão, excluídas as do polegar	5%

Tronco	Pulmões / Sistema respiratório	Pneumectomia total (“retirada total de um pulmão”)	75%
		Pneumectomia parcial ou segmentectomia pulmonar (“retirada parcial do pulmão”) com redução definitiva da função respiratória	50%
		Pneumectomia ou segmentectomia pulmonar (“retirada total ou parcial do pulmão”) com função respiratória preservada	15%
		Hérnia diafragmática traumática (com comprometimento respiratório)	40%
		Hérnia diafragmática traumática (sem comprometimento respiratório)	20%
		Sequelas pós-traumáticas pleurais	10%
	Sistema digestório	Esofagectomia total (“remoção total do esôfago”)	40%
		Estenose (“estreitamento”) de esôfago	20%
		Gastrectomia total (“remoção total do estômago”)	40%
		Gastrectomia parcial (“remoção de parte estômago”)	20%
		Ressecção (“remoção”) parcial do intestino delgado com síndrome disabsortiva	40%
		Outras ressecções (“remoções”) parciais do intestino delgado	20%
		Colostomia definitiva	50%
		Colectomia (“remoção do intestino grosso”) total	60%
		Colectomia (“remoção do intestino grosso”) parcial	20%
		Incontinência fecal com prolapso retal	50%
		Incontinência fecal sem prolapso retal	30%
		Colecistectomia (“remoção da vesícula biliar”)	10%
		Hepatectomia (“remoção de partes do fígado”), com insuficiência hepática	75%
		Hepatectomia (“remoção de partes do fígado”), sem alterações funcionais do fígado	10%
	Sistema Imunológico	Perda do baço	15%
	Sistema excretor e urinário	Perda dos dois rins ou de um rim, quando este for único	100%
		Perda de um dos rins, com insuficiência renal crônica (tratamento obrigatório por hemodiálise)	75%
		Perda de um dos rins, com redução da função renal (sem necessidade de hemodiálise)	50%
		Perda de um dos rins, com função renal preservada	30%
		Incontinência urinária permanente	30%
		Cistostomia (definitiva)	30%
		Retenção urinária crônica (com tratamento por sonda)	15%

Tronco	Sistema reprodutor	Perda do útero	50%
		Perda de dois ovários	30%
		Perda de um ovário	10%
		Mastectomia bilateral (retirada das duas mamas)	20%
		Mastectomia unilateral (retirada de uma mama)	10%
		Amputação traumática do pênis	50%
		Perda de dois testículos	30%
		Perda de um testículo	10%
	Coluna	Imobilidade total do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	100%
		Hérnia traumática de disco lombar e torácica	25%
Pernas e Pés	Pernas	Perda total do uso dos membros inferiores (um ou ambos)	100%
		Fratura não consolidada (pseudartrose) de um fêmur	50%
		Fratura não consolidada (pseudartrose) de um dos segmentos tibiofibulares	25%
		Fratura não consolidada (pseudartrose) da patela	20%
		Fratura não consolidada (pseudartrose) de um pé	20%
		Anquilose ("rigidez") total de um joelho	20%
		Anquilose ("rigidez") total de um quadril	20%
		Ecurtamento de um dos membros inferiores (dismetria) de 5 (cinco) centímetros ou mais	15%
		Ecurtamento de um dos membros inferiores (dismetria) entre 3 (três) e 5 (cinco) centímetros	10%
		Ecurtamento de um dos membros inferiores (dismetria) de menos de 3 (três) centímetros	Sem Indenização
	Pés e dedos	Perda total do uso dos pés (um ou ambos)	100%
		Anquilose ("rigidez") total de um tornozelo	20%
		Amputação do Hálux ("dedão do pé")	10%
		Amputação de qualquer outro dedo do pé	3%
		Perda total do uso de uma falange do Hálux ("dedão do pé")	5%
		Perda total do uso de qualquer falange dos dedos do pé, excluídas as do Hálux	1%

Obs.:

1. Para fins deste seguro, as sequelas com percentual de indenização definido como 100% caracterizam uma Invalidez Permanente Total.
2. Os membros superiores são formados pela cintura escapular, a qual inclui a clavícula e a escápula, e pelos ossos que formam o braço, o antebraço, o punho e a mão.
3. Os membros inferiores são formados pela cintura pélvica, a qual inclui o quadril, e pelos ossos que formam a coxa, joelho, perna e pé.

27.3.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente que deve ser comprovada na forma prevista nestas Condições Gerais.

27.3.5. Perdas, reduções ou impotências funcionais definitivas não previstas na Tabela de Cálculo de Indenização de IPA serão calculadas tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado:

a) A diminuição da capacidade física do Segurado será auferida pelo percentual de redução funcional da sequela, aplicado ao percentual máximo de indenização previsto na tabela para a respectiva sequela, independentemente da profissão ou das atividades executadas pelo Segurado.

b) Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo informado apenas o grau dessa redução como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, aplicado ao percentual máximo de indenização previsto na tabela para a respectiva sequela.

27.3.6. Quando de um mesmo acidente resultar em sequelas permanentes de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se os percentuais respectivos, cujo total será limitado a 100% (cem por cento) do Capital Segurado desta cobertura.

27.3.7. Havendo duas ou mais sequelas em um mesmo membro ou órgão, a soma dos percentuais correspondentes não poderá exceder a indenização prevista para a perda total de suas funções.

27.3.8. Será deduzida do valor da indenização a perda ou a redução funcional de um membro ou órgão por sequelas já existentes anteriormente ao Acidente Pessoal coberto.

27.3.9. Caso for reconhecida a Invalidez Permanente Total por Acidente ou a soma das indenizações atingir o percentual de 100% do Capital Segurado durante a vigência do seguro, a Seguradora poderá, a seu livre critério:

a) cancelar o Certificado Individual de Seguro, com comunicação ao Segurado e consequente devolução de prêmios eventualmente pagos após a data de reconhecimento da invalidez;

b) excluir esta cobertura e seu respectivo prêmio do Certificado Individual de Seguro, com comunicação ao Segurado e consequente devolução de Prêmios eventualmente pagos para esta cobertura após a data de reconhecimento da invalidez;

c) manter a cobertura vigente, sem prejuízo de aplicação da **cláusula 27.3.8.**

27.3.10. Reintegração de Capitais:

27.3.10.1. Haverá reintegração para 100% do Capital Segurado após a ocorrência do sinistro, salvo se a invalidez decorrer direta ou indiretamente do mesmo acidente.

27.3.11. Se já tiver sido indenizada a Invalidez Permanente por Acidente e, posteriormente, o Segurado falecer em consequência do mesmo acidente, o valor já pago por Invalidez Permanente por Acidente deverá ser deduzido do valor do Capital Segurado da cobertura de Morte.

27.4. Doenças Graves e Procedimentos (10 tipos)

27.4.1. Garante ao Segurado o pagamento do Capital Segurado, em caso de diagnóstico de uma Doença Grave coberta ou da realização de um procedimento médico coberto, **dentre os 10 tipos constantes na cláusula 27.4.3.** O diagnóstico deverá ter sido emitido e constatado pela primeira vez após a data de início de vigência desta cobertura, **sendo observados os riscos excluídos.**

27.4.2. Para cobertura das doenças graves e dos procedimentos médicos relacionados na **cláusula 27.4.3**, é necessário que seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas sociedades médicas científicas especializadas. Além disso, o diagnóstico deverá ser comprovado por médicos habilitados e exames complementares.

27.4.3. Para efeito deste seguro, os 10 tipos de doenças graves e procedimentos cobertos são os seguintes:

I. Neoplasia Maligna (Câncer ou Tumor Maligno)

Definição: É o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (metástases).

Riscos Cobertos: Estão cobertos os Segurados diagnosticados com neoplasia maligna. O diagnóstico deve ser confirmado por um médico habilitado e evidenciado por exames histológicos conclusivos.

Riscos Excluídos:

- a) Qualquer tumor ou lesão pré-cancerígena, o que inclui as displasias e a neoplasia intraepitelial cervical (NIC);**
- b) Todas as neoplasias da pele, exceto Melanoma.**

II. Infarto Agudo do Miocárdio

Definição: Infarto do Miocárdio é a morte do músculo cardíaco resultante de uma obstrução prolongada do fluxo sanguíneo.

Riscos Cobertos: Estão cobertos os Segurados com diagnóstico confirmado por médico habilitado, baseado no comportamento (elevação e/ou queda) dos biomarcadores cardíacos (troponina e/ou CK-MB) para níveis considerados diagnósticos de infarto do miocárdio e alterações no eletrocardiograma (ECG) indicativas de isquemia recente (mudanças recentes no segmento ST e onda T).

Riscos Excluídos:

- a) Outras síndromes coronarianas agudas (por exemplo, angina de peito estável ou instável);**
- b) Infarto do miocárdio com artérias coronárias normais, ou causado por vasoespasmo coronariano, ponte miocárdica ou uso de drogas/medicamentos.**

III. Cirurgia da Aorta

Definição: Cirurgia que visa corrigir qualquer doença da artéria aorta por excisão de uma parte doente desta artéria e substituição por enxerto.

Riscos Cobertos: Realização de cirurgia para tratamento de estreitamento, obstrução, aneurisma ou dissecção da aorta decorrente de doença. Estarão cobertos, exclusivamente, a cirurgia da artéria aorta em sua porção torácica e abdominal e os procedimentos minimamente invasivos, como a reparação endovascular.

Riscos Excluídos:

- a) Cirurgia após lesão traumática da aorta;**
- b) Cirurgia da aorta relacionada com as doenças hereditárias do tecido conjuntivo (por exemplo, síndrome de Marfan, síndrome de Ehlers–Danlos).**

IV. Cirurgia das Valvas Cardíacas

Definição: Consiste no reparo da válvula doente (plastia) ou na sua troca por uma prótese (mecânica ou biológica).

As valvas do coração são quatro: mitral, aórtica, tricúspide e pulmonar.

Riscos Cobertos: Realização de cirurgia cardíaca para substituição ou reparo de uma ou mais valvas cardíacas. Estão cobertos os seguintes procedimentos: toracotomia, cirurgia de Ross, valvoplastia por cateter, implante transcater de prótese valvar aórtica (TAVI).

Riscos Excluídos:

a) Clipagem da valva mitral transcater.

V. Acidente Vascular Cerebral (AVC)

Definição: O acidente vascular cerebral ou derrame cerebral ocorre quando há um entupimento ou o rompimento dos vasos que levam sangue ao cérebro, provocando a paralisia da área cerebral que ficou sem circulação sanguínea adequada.

Riscos Cobertos: Estão cobertos os Segurados diagnosticados com acidente vascular cerebral com sequelas neurológicas permanentes, incluindo-se o infarto do tecido cerebral, hemorragia e embolização originada de fonte extracraniana.

Riscos Excluídos:

a) Ataques isquêmicos transitórios;

b) Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos, decorrente de Acidente Pessoal;

c) Qualquer outra alteração neurológica não resultante de acidente vascular.

VI. Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)

Definição: Doença que afeta o sistema nervoso de forma degenerativa e progressiva, acarretando paralisia motora irreversível.

Riscos Cobertos: Estão cobertos os Segurados diagnosticados com Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA).

Riscos Excluídos:

Não há exclusões específicas para essa Doença Grave.

VII. Doença de Alzheimer

Definição: Patologia neurodegenerativa, cujas manifestações cognitivas e neuropsiquiátricas resultam em deficiência progressiva e incapacitação.

Riscos Cobertos: Estão cobertos os Segurados diagnosticados com Doença de Alzheimer.

Riscos Excluídos:

Não há exclusões específicas para essa Doença Grave.

VIII. Doença de Parkinson

Definição: Patologia neurológica que afeta os movimentos da pessoa, causando tremores, lentidão de movimentos, rigidez muscular, desequilíbrio, além de alterações na fala e na escrita. Ocorre devido à degeneração das células situadas numa região do cérebro responsável pela produção da dopamina.

Riscos Cobertos: Estão cobertos os Segurados diagnosticados com Doença de Parkinson com limitação física permanente.

Riscos Excluídos:

a) Parkinsonismo secundário (incluindo Parkinsonismo induzido por droga, medicamento ou toxina).

IX. Transplante de Órgãos

Definição: Procedimento cirúrgico que consiste na reposição de um órgão ou tecido de uma pessoa doente (receptor), por outro órgão ou tecido normal de um doador vivo ou morto.

Riscos Cobertos: Está coberto o procedimento cirúrgico indicado por médico especialista habilitado devido à perda irreversível da função dos seguintes órgãos e tecidos:

- Medula Óssea;
- Coração;
- Pulmão;
- Fígado;
- Pâncreas;
- Rim;
- Intestino Delgado.

Riscos Excluídos:

a) Autotransplante;

b) Demais transplantes, que não os estritamente especificados.

X. Insuficiência Renal Terminal

Definição: Etapa terminal das doenças renais. Nesta etapa, os rins perdem a capacidade de efetuar suas funções básicas, o que leva ao aumento de toxinas e água no organismo mais do que ele consegue suportar, sendo necessário, então, iniciar um tratamento que substitua a função dos rins ou realizar um transplante renal.

Riscos Cobertos: Estão cobertos os Segurados diagnosticados com doença renal crônica na etapa terminal (estágio 5), caracterizada pela perda irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

Riscos Excluídos:

a) Quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.

27.4.4. Reconhecida a Doença Grave pela Seguradora, a indenização será paga de uma única vez, podendo a Seguradora:

a) excluir esta cobertura e seu respectivo prêmio do Certificado Individual de Seguro, com comunicação ao Segurado e consequente devolução de prêmios eventualmente pagos para esta cobertura após a data do evento;

b) manter a cobertura vigente, com destaque para aplicação da **cláusula 27.4.4.1.**

27.4.4.1. Caso a Seguradora não cancele a cobertura, o Segurado só terá direito à uma nova indenização

após o aniversário do Certificado Individual de Seguro e apenas para novos diagnósticos de outros tipos de doenças listadas, não sendo possível acúmulo de indenização pelo mesmo tipo de doença ou procedimento durante toda a Vigência do seguro.

27.4.5. O pagamento da indenização desta cobertura não é dedutível do Capital Segurado das demais Coberturas deste seguro.

27.5. Diária por Afastamento Temporário

27.5.1. Garante ao Segurado o pagamento de uma Indenização em diárias, para cada dia de afastamento por Incapacidade Temporária, **limitada ao Capital Segurado, sendo observadas a Franquia, o período de Carência e os riscos excluídos.**

27.5.2. Considera-se como **Incapacidade Temporária** o afastamento total, ininterrupto e transitório do Segurado para tratamento sob orientação médica que o impossibilite de executar atividades profissionais, **por motivo de um Acidente Pessoal ou Doença.**

27.5.3. O número de diárias a ser indenizado será determinado em função da necessidade comprovada de afastamento temporário do Segurado de suas atividades profissionais, acompanhada de atestado médico. **A indenização será calculada tomando-se como base este número de diárias, descontado da Franquia estabelecida, ou seja, a cobertura é devida a partir do primeiro dia de afastamento após o período de Franquia, sendo observados o período de Carência e a quantidade máxima de diárias fixada no Certificado Individual do Seguro.**

27.5.4. O Capital Segurado contratado para esta cobertura corresponde à quantidade máxima de diárias multiplicada pelo valor contratado por dia, que deverá ser compatível com a renda mensal líquida do Segurado, proveniente do exercício de sua ocupação remunerada em caráter profissional.

27.5.5. A exigibilidade do Segurado ao recebimento das diárias se extinguirá com o que ocorrer primeiro:

- a) retorno à atividade profissional;**
- b) fim do tratamento médico;**
- c) diagnóstico que impossibilite permanentemente o retorno às atividades profissionais;**
- d) atingimento do limite máximo de diárias contratado.**

27.5.6. No caso de ocorrência de um novo Sinistro simultâneo de Incapacidade Temporária, a indenização a ser paga será a do Sinistro que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou sobreposição de indenizações e respeitando o limite de 100% do Capital Segurado desta cobertura.

27.5.7. Caso um novo Sinistro não simultâneo cause nova Incapacidade Temporária ao Segurado, a soma de todas as indenizações já ocorridas durante a vigência do seguro será limitada a 100% do Capital Segurado desta cobertura.

27.5.8. Caso a soma das indenizações durante qualquer um dos anos do seguro atingir o percentual de 100% do Capital Segurado, a Seguradora poderá, a seu livre critério:

- a) excluir esta cobertura e seu respectivo prêmio do Certificado Individual de Seguro, com comunicação ao Segurado e consequente devolução de prêmios eventualmente pagos para esta cobertura após a data do último evento indenizado;**
- b) manter a cobertura vigente, sem prejuízo da **cláusula 27.5.9.****

27.5.9. Reintegração de Capitais:

27.5.9.1. Haverá reintegração para 100% do Capital Segurado contratado atualizado em cada aniversário do Certificado Individual de Seguro.

27.5.9.2. A reintegração dos Capitais Segurados zerará a soma disposta na **cláusula 27.5.7**, passando a contar a partir do último aniversário do Certificado Individual de Seguro.

27.5.10. Exclusões:

27.5.10.1. Além dos Riscos Excluídos descritos na **cláusula 4**, também não haverá cobertura quando a Incapacidade Temporária ocorrer em consequência de:

- a) gravidez, parto, aborto e quaisquer complicações ou suas consequências não decorrentes de acidentes.**
- b) qualquer procedimento estético ou cirurgias plásticas, incluindo mamoplastias redutoras, tratamentos para rejuvenescimento ou emagrecimento estético, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por um Risco Coberto;**
- c) procedimentos não reconhecidos pela comunidade científica médica e não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou por qualquer órgão do Ministério da Saúde do Brasil.**
- d) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades e suas consequências;**
- e) tratamentos odontológicos e ortodônticos de quaisquer espécies, salvo quando decorrentes de Acidente Pessoal, ocorridos dentro do período de vigência do seguro;**
- f) procedimentos e/ou tratamentos, clínicos ou cirúrgicos, para esterilidade, infertilidade, inseminação artificial, impotência sexual, controle de natalidade e mudança de sexo, bem como suas consequências;**
- g) distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, incluindo síndrome do pânico e estresse, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, incluindo psicanálise, sonoterapia, psicoterapia, psicologia, avaliação e/ou terapia;**
- h) estados de convalescença (após a alta médica).**

27.6. Cobertura para Assistência Funeral

27.6.1. Garante ao Beneficiário uma indenização, limitada ao Capital Segurado contratado, na forma de reembolso de despesas ou de prestação de serviços, desde que relacionados à realização de funeral do Segurado Principal e/ou de Segurados Dependentes, **conforme a opção contratada, observados os riscos excluídos.**

27.6.2. No caso de o Beneficiário optar pela prestação de serviços, deverá comunicar de forma expressa por esta escolha e não terá direito a reembolso posterior.

27.6.3. O Segurado deverá contratar, no mínimo, a Assistência Funeral do Segurado, e poderá estender a cobertura a seus dependentes por meio da inclusão da Assistência Funeral Cônjuge e Filhos e Assistência Funeral Pais e Sogros.

- a) Assistência Funeral do Segurado: Segurado Principal;**
- b) Assistência Funeral Cônjuge e Filhos: Cônjuge ou companheiro legalmente reconhecido e filhos.**
- c) Assistência Funeral Pais e Sogros: Pai, mãe, sogro e sogra do Segurado Principal.**

27.6.4. A adesão dos Segurados Dependentes é automática quando da inclusão da Assistência Funeral Cônjuge e Filhos e Assistência Funeral Pais e Sogros. Sendo assim, a Seguradora não tem a informação

nominal dos familiares que estão cobertos, cabendo ao Segurado Principal, na inexistência de elegíveis, comunicar a necessidade de exclusão da cobertura.

27.6.4.1. Somente terão direito à Cobertura para Assistência Funeral os pais e os filhos legalmente reconhecidos, bem como os sogros considerados parentes por afinidade. **Portanto, enteados, padrastos e madrastas não terão direito à cobertura.**

27.6.5. Riscos Cobertos:

27.6.5.1. Haverá dois grupos de serviços funerais que poderão ter Capitais Segurados distintos para seus fins ou serem oferecidos de forma separada, conforme conjugação disponibilizada pela Seguradora:

I. Assistência Funeral – Serviços Gerais: Garante a prestação de serviço, descrita a seguir, ou o reembolso das despesas com o funeral do Segurado Principal (Assistência Funeral do Segurado) e/ou dos Segurados Dependentes (Assistência Funeral Cônjuge e Filhos e Assistência Funeral Pais e Sogros) até o limite do Capital Segurado contratado para este fim.

Serviços Gerais de Assistência Funeral:

a) Assessoria para formalidades administrativas: Providências relativas à documentação necessária ao sepultamento, podendo a família acompanhar tais medidas, se assim o quiser.

b) Sepultamento ou Cremação: Providenciará o sepultamento no túmulo ou jazigo, podendo ainda o Segurado ser cremado, caso esta opção tenha sido formalizada em vida, com documentação pertinente.

Caso o município não disponha do serviço de cremação, mas a família venha a optar por esse procedimento, as despesas com o traslado do corpo até o local da cremação serão cobertas pelo grupo de serviços de Assistência Funeral - Traslado de Corpo.

c) Locação de jazigo: Caso a família não disponha de local para o sepultamento, o Serviço de Assistência se responsabilizará pela locação de um jazigo, por um período de 3 (três) anos, a contar da Data de Ocorrência do Sinistro, dependendo da disponibilidade do local.

d) Passagem para um membro da família: Caso a família opte por fazer o sepultamento na mesma localidade do evento, não sendo este o município de domicílio do finado, será providenciado um meio de transporte, a critério do Serviço de Assistência, para que um membro da família possa acompanhar o sepultamento.

e) Transporte de Familiar para Liberação do Corpo: No caso de falecimento do usuário fora de seu município de residência e havendo a necessidade de um membro da família para liberação do corpo, o Serviço de Assistência fornecerá um meio de transporte, a seu critério, mais apropriado. Além disso, também fornecerá hospedagem em hotel, a seu critério, por um período necessário para a liberação do corpo.

f) Demais Serviços: Carro funerário, coroa de flores, mesa de condolências, ornamentação do caixão, paramentos, urna ou caixão, higienização do corpo, preparação do corpo, véu, registro de óbito e capela ou sala velatória.

II. Assistência Funeral - Traslado de Corpo Nacional: Garante a prestação de serviço ou o reembolso das despesas com o traslado de corpo dentro do território brasileiro do Segurado Principal (Assistência Funeral do Segurado) e/ou dos Segurados Dependentes (Assistência Funeral Cônjuge e Filhos e Assistência Funeral Pais e Sogros) para o local de sepultamento ou cremação, até o limite do Capital Segurado contratado para este fim. A prestação de serviço inclui funerária para transporte, processo burocrático para liberação do corpo, passagem aérea e, se necessário, processo de preservação do corpo.

27.6.6. Exclusões

27.6.6.1. Além dos Riscos Excluídos descritos na **cláusula 4, também estão excluídos da Cobertura para**

Assistência Funeral:

- a) exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;
- b) aquisição ou reforma de jazigo;
- c) compra ou aluguel de roupas em geral;
- d) realização de cerimônias religiosas.

27.6.7. Caso o Segurado seja o titular de mais de um seguro que ofereça serviços de assistência funeral, a Cobertura para Assistência Funeral será sempre única e limitada a seu valor total, conforme estabelecido no Certificado Individual do Seguro. Assim, o valor especificado no Certificado Individual não será, em nenhuma hipótese, acumulado em função do Segurado possuir mais de um seguro.

27.6.8. A Cobertura para Assistência Funeral destina-se ao reembolso dos custos com funeral, mediante apresentação de comprovantes originais das respectivas despesas, ou à prestação dos referidos serviços, por meio da solicitação do Beneficiário a tempo de sua realização, ambos limitados ao Capital Segurado contratado para seus determinados fins (Serviços Gerais ou Traslado de Corpo).

27.6.9. A prestação de serviços funerais se encerra com o sepultamento ou a cremação do Segurado, não abrangendo serviços posteriores. A descrição dos serviços cobertos poderá ser complementada em condições/manuais de prestação de serviços funerais, onde poderão ser aplicadas restrições específicas.

27.6.10. Concorrência de Seguros

27.6.10.1. Caso o Segurado possua cobertura de Funeral em outra Seguradora, as indenizações não se acumulam, respondendo cada Seguradora por sua parte nas despesas, proporcionalmente aos riscos assumidos e limitando-se ao valor do Capital Segurado contratado.

27.6.11. Reintegração de Capitais:

27.6.11.1. Quando houver indenização da Cobertura de Assistência Funeral a um Segurado Dependente na Assistência Funeral Cônjuge e Filhos e Assistência Funeral Pais e Sogros, haverá automaticamente reintegração para 100% do Capital Segurado contratado atualizado monetariamente, para manutenção de cobertura aos outros familiares.

27.6.11.2. No caso de ocorrência de um Sinistro simultâneo (falecimento de mais de um Segurado Dependente em decorrência de um mesmo Acidente Pessoal), para efeito de indenização, o Capital Segurado será reintegrado para cada um dos Segurados elegíveis, **sempre respeitando o limite de 100% do Capital Segurado desta cobertura individualmente para cada um dos Segurados.**

27.6.11.3. Como a adesão dos familiares é automática, caso não existam mais Segurados Dependentes a serem cobertos, cabe ao Segurado Principal avisar a Seguradora para Endosso de exclusão da Assistência Funeral Cônjuge e Filhos e Assistência Funeral Pais e Sogros.

28. TABELAS DE REENQUADRAMENTO

28.1. Para certificados individuais com vigência de 12 meses serão consideradas as Tabelas de Reenquadramento Etário do presente item 28.1.

28.1.1. Tabela de Reenquadramento Etário para a Cobertura de Morte e para a cobertura de Assistência Funeral do Segurado:

Faixa Etária	Morte e Assistência Funeral do Segurado
15 - 18	0,0%
19 - 25	5,5%
26 - 30	0,0%
31 - 35	2,0%
36 - 40	6,0%
41 - 45	7,2%
46 - 50	10,0%
51 - 60	9,3%
61 - 69	10,0%
70 - 85	9,0%
86 - 100	0,0%

28.1.2. Tabela de Reenquadramento Etário para a Cobertura de Assistência Funeral de Pais e Sogros:

Faixa Etária	Assistência Funeral Pais e Sogros
15 - 55	9,5%
56 - 100	0,0%

28.1.3. Tabela de Reenquadramento Etário para a Cobertura de Assistência Funeral de Cônjuge e Filhos:

Faixa Etária	Assistência Funeral Cônjuge e Filhos
15 - 18	0,0%
19 - 25	3,0%
26 - 30	0,0%
31 - 35	1,5%
36 - 40	5,5%
41 - 45	7,0%
46 - 50	9,5%
51 - 60	9,0%
61 - 69	9,0%
70 - 85	9,0%
86 - 100	0,0%

28.1.4. Tabela de Reenquadramento Etário para a Cobertura de Doenças Graves e Procedimentos (10 tipos):

Faixa Etária	Doenças Graves e Procedimentos (10 tipos)
15 - 30	0,0%
31 - 37	13,5%
38 - 42	9,4%
43 - 47	7,9%
48 - 52	7,6%
53 - 57	7,4%

58 - 62	5,9%
63 - 67	5,2%
68 - 72	3,4%
73 - 77	2,4%
78 - 82	1,0%
83 - 100	5,3%

28.1.5. Tabela de Reenquadramento Etário para a Cobertura de Diária por Afastamento Temporário:

Faixa Etária	Diária por Afastamento Temporário
15 - 40	0,0%
41 - 50	1,0%
51 - 60	2,8%
61 - 80	2,0%
81 - 100	0,0%

28.2. Para certificados individuais com vigência de 36 meses serão consideradas as Tabelas de Reenquadramento Etário do presente item 28.2.

28.2.1. Tabela de Reenquadramento Etário para a Cobertura de Morte e para a cobertura de Assistência Funeral do Segurado:

Faixa Etária	Morte e Assistência Funeral do Segurado
17 - 18	0,00%
19	5,50%
20	11,30%
21 - 25	17,42%
26	11,30%
27	5,50%
28 - 30	0,00%
31	2,00%
32	4,04%
33 - 35	6,12%
36	10,28%
37	14,61%
38 - 40	19,10%
41	20,45%
42	21,81%
43 - 45	23,19%
46	26,41%
47	29,71%
48 - 50	33,10%
51	32,25%

52	31,41%
53 - 60	30,58%
61	31,41%
62	32,25%
63 - 69	33,10%
70	31,89%
71	30,69%
72 - 85	29,50%
86	18,81%
87	9,00%
88 - 100	0,00%

28.2.2. Tabela de Reenquadramento Etário para a Cobertura de Diária por Afastamento Temporário:

Faixa Etária	Assistência Funeral Pais e Sogros
17 - 55	31,29%
56	19,90%
57	9,50%
58 - 100	0,00%

28.2.3. Tabela de Reenquadramento Etário para a Cobertura de Morte e para a cobertura de Assistência Funeral do Segurado:

Faixa Etária	Assistência Funeral Cônjuge e Filhos
17 - 18	0,00%
19	3,00%
20	6,09%
21 - 25	9,27%
26	6,09%
27	3,00%
28 - 30	0,00%
31	1,50%
32	3,02%
33 - 35	4,57%
36	8,69%
37	12,97%
38 - 40	17,42%
41	19,09%
42	20,79%
43 - 45	22,50%
46	25,37%

47	28,30%
48 - 50	31,29%
51	30,69%
52	30,10%
53 - 85	29,50%
86	18,81%
87	9,00%
88 - 100	0,00%
70	31,89%
71	30,69%
72 - 85	29,50%
86	18,81%
87	9,00%
88 - 100	0,00%

28.2.4. Tabela de Reenquadramento Etário para a cobertura de Doenças Graves e Procedimentos (10 tipos):

Faixa Etária	Doenças Graves e Procedimentos (10 tipos)
17 - 30	0,00%
31	13,50%
32	28,82%
33 - 37	46,21%
38	40,93%
39	35,84%
40 - 42	30,93%
43	29,14%
44	27,37%
45 - 47	25,62%
48	25,27%
49	24,92%
50 - 52	24,58%
53	24,35%
54	24,11%
55 - 57	23,88%
58	22,15%
59	20,45%
60 - 62	18,76%
63	17,98%
64	17,20%
65 - 67	16,43%
68	14,43%

69	12,48%
70 - 72	10,55%
73	9,48%
74	8,42%
75 - 77	7,37%
78	5,91%
79	4,46%
80 - 82	3,03%
83	7,42%
84	11,99%
85 - 100	16,76%

28.2.5. Tabela de Reenquadramento Etário para a Cobertura de Assistência Funeral de Cônjuge e Filhos:

Faixa Etária	Diária por Afastamento Temporário
17 - 40	0,00%
41	1,00%
42	2,01%
43 - 50	3,03%
51	4,87%
52	6,74%
53 - 60	8,64%
61	7,79%
62	6,95%
63 - 80	6,12%
81	4,04%
82	2,00%
83 - 100	0,00%