

SEGURO DE VIDA EM GRUPO

CONDIÇÕES GERAIS

Versão 11/2025

Processo SUSEP:
15414.900167/2013-19
CNPJ: 87.376.109/0001-06

ÍNDICE

1.	DEFINIÇÕES	2
2.	OBJETIVO DO SEGURO	8
3.	COBERTURAS DO SEGURO	8
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	21
5.	ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO	24
6.	VIGÊNCIA DO SEGURO.....	25
7.	AGRAVAMENTO DO RISCO	26
8.	CAPITAL SEGURADO.....	26
9.	CARÊNCIA E FRANQUIA.....	27
10.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	27
11.	FALTA DE PAGAMENTO DO SEGURO	29
12.	CANCELAMENTO DO SEGURO	30
13.	ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO	31
14.	JUROS DE MORA	32
15.	BENEFICIÁRIOS DO SEGURO.....	32
16.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	33
17.	JUNTA MÉDICA.....	38
18.	PERÍCIA DA SEGURADORA	38
19.	PERDA DE DIREITOS	38
20.	RECÁLCULO DO PRÊMIO.....	40
21.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE	40
22.	DISPOSIÇÕES GERAIS	42
23.	PRESCRIÇÃO.....	43
24.	ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS	43
25.	FORO	43
26.	TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS	43

A Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A., designada seguradora, e o Banco Santander (Brasil) S.A, designado estipulante, contratam o **Seguro de Vida em Grupo**, nas condições que se seguem:

1. DEFINIÇÕES

A

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

Acidente pessoal: é o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só, independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a. incluem-se nesse conceito:

- a.1. o suicídio voluntário ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- a.2. os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou de influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- a.3. os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores, exceto se decorrer de acidente de atividade laboral;
- a.4. os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5. os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

b. excluem-se desse conceito:

- b.1. 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;
- b.2. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; e

- b.3. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; exceto se da prestação de serviços militares, de atos humanitários, da utilização de meio de transporte arriscado ou da prática desportiva.
- b.4. as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como “invalidade acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadrem integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido em acidente pessoal.

Aceitação: é a Ato de aprovação de proposta submetida à Seguradora para a contratação de seguro.

Apólice de Seguro: é o documento emitido pela Seguradora, por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, que formaliza a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante do seguro, em favor do grupo segurado.

Autônomos e profissionais liberais: para fins deste seguro, serão considerados como profissionais liberais e autônomos, aqueles que possam comprovar que recebem pagamentos por prestação de serviço sem qualquer vínculo empregatício, sendo esta a forma principal de seus rendimentos. A comprovação da atividade autônomo/liberal será feita pela GRPS (Guia de Recolhimento da Previdência Social), RPA (Recibo de Pagamento a Autônomo) e o Imposto de Renda.

Aviso de Sinistro: é a comunicação da ocorrência de um evento passível de cobertura, que o Segurado é obrigado a fazer a Seguradora, assim que tenha o seu conhecimento.

B

Beneficiário: é a pessoa física ou jurídica em favor da qual é devida a Indenização em caso de Sinistro.

C

Capital Segurado: é o valor máximo para a cobertura contratada, a ser pago pela Seguradora na ocorrência de um evento coberto.

Carência: Período de tempo ininterrupto contado da data do início de vigência do certificado individual do Seguro ou do aumento do capital durante o qual, em caso de sinistro, a seguradora está isenta da responsabilidade de indenizar o segurado.



Certificado de Seguro: documento que comprova a inclusão do segurado na apólice coletiva.

Coberturas do Seguro: é o conjunto dos riscos cobertos elencados na apólice. As coberturas contratadas e suas particularidades constarão expressamente na Proposta e Certificado de Seguros.

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 Especiais: é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de Seguro.

Condições Gerais: é o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, do Estipulante, dos Segurados e dos Beneficiários.

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: profissional habilitado, pessoa jurídica, autorizado a angariar e promover contratos de seguros, remunerado mediante comissões estabelecidas nas tarifas.

Credor: aquele a quem o devedor deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.

Culpa: conduta negligente ou imprudente, sem propósito de lesar, mas da qual proveio dano ou ofensa a outrem.

D

Data do Evento: data da ocorrência do evento/risco coberto.

Declaração Pessoal de Saúde: é o documento integrante da Proposta de Adesão, contendo informações prestadas pelo Proponente e que diz respeito as suas condições de saúde atuais e pregressas, que serão consideradas pela Seguradora na avaliação da aceitação do Seguro.

Despesas de Contratação: são despesas e custos efetivamente incorridos pela Seguradora durante o processo de formação e administração do contrato de seguro, tais como, mas não limitados a: custos operacionais e administrativos; despesas com análise de risco e subscrição; emissão de apólice; comissões e remunerações pagas aos Intermediários; despesas com comunicação e atendimento ao cliente; despesas com os serviços de regulação e liquidação do sinistro.

Doenças, Lesões, Sequelas e Acidentes preexistentes: são doenças ou lesões, inclusive as

**CONDIÇÕES GERAIS**

congenitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao Seguro, de seu conhecimento e que tenham sido voluntariamente omitidas, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e qualquer alteração evidente de seu estado de saúde.

Doenças Graves: são as doenças previstas nestas condições gerais e designadas como tal, manifestadas, constatadas e diagnosticadas durante a vigência do seguro individual.

Doença Preexistente: é qualquer condição de saúde ou doença que uma pessoa tem conhecimento antes de contratar o Seguro. Isso inclui doenças crônicas, lesões ou condições que precisam de tratamento contínuo.

Dolo: má-fé. Qualquer ato consciente por meio do qual alguém induz, mantém ou confirma outrem em erro; vontade conscientemente dirigida com a finalidade de obter um resultado criminoso.

E

Endosso: documento, emitido pela seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o segurado.

Estipulante: o estipulante é a pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras, nos termos da legislação.

Evento Coberto: é o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído destas Condições Gerais do seguro.

F

Franquia: é o período, contado a partir da data de ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá coberturado seguro.

G

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

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

I

Indenização: é o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do Sinistro, respeitando o Limite Máximo de Indenização da respectiva cobertura vigente na data de ocorrência do evento, apurada conforme condições contratuais.

Interesse legítimo: vínculo econômico, patrimonial, jurídico ou afetivo que justifique a contratação do seguro. A ausência ou impossibilidade de existência de interesse legítimo torna



o contrato ineficaz ou nulo.

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: é o dano físico irreversível do segurado, decorrente da perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão, conseqüente de acidente pessoal.

L

Limite da Conta: Limite da Conta é a obrigação financeira contratado pelo segurado junto ao Estipulante, caracterizado por um limite de crédito rotativo disponibilizado na conta corrente do segurado, a fim de garantir provisão de fundos suficientes para efetivar lançamentos a débito até o valor do limite estipulado, mediante condições pré-estabelecidas na CÉDULA DE CRÉDITO BANCÁRIO, firmada entre o Estipulante e o Segurado.

Liquidação de Sinistro: etapa de apuração do valor devido e realização do pagamento da indenização relativa ao sinistro.

M

Médico Assistente: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). Não serão aceitos como Médicos Assistentes, o próprio Segurado, os parentes consanguíneos ou afins, com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.

O

Obrigação: compromisso contratual assumido por uma das partes, seja o segurador, o segurado, o estipulante ou o beneficiário, de cumprir determinada prestação ou conduta.

P

Paciente Terminal: É o segurado portador de doença para a qual foram esgotadas todas as possibilidades terapêuticas para o resgate das suas condições de saúde e manutenção da sobrevivência, não havendo qualquer possibilidade ou prognóstico de cura e de mantê-lo com vida.

Parcela: corresponde ao valor pago ou a ser pago pelo Segurado ao Estipulante, com periodicidade definida, para amortização da obrigação assumida em razão do contrato prévio firmado com o Estipulante.

Parcelas Vencidas: são as parcelas com data de vencimento anterior   data de ocorrência do sinistro ou com vencimento durante o período da franquia.

Parcelas Vincendas: são as parcelas com data de vencimento posterior à data de ocorrência do sinistro.

Prêmio: É o valor a ser pago à Seguradora pelo Segurado ou Estipulante para custeio do seguro, em contraprestação às coberturas contratadas.



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

Proponente: pessoa física ou jurídica que propoe oferta ou adesão de seguro.

Proposta de Adesão: é o documento emitido por qualquer meio que se possa comprovar, físico ou por meios remotos, com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do Risco, em que o potencial segurado ou Estipulante expressa a intenção de contratar o seguro, manifestando pleno conhecimento do Contrato e suas as Condições Gerais.

Proposta de Contratação: é o documento emitido por meio físico ou remoto com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa jurídica, expressa a intenção de contratar às coberturas previstas neste seguro, manifestando pleno conhecimento das condições gerais do mesmo.

Pro Rata: é o cálculo do prêmio do seguro, proporcional aos dias de vigência do contrato .

R

Regulação de Sinistro: é o conjunto de procedimentos realizados pela seguradora após a ocorrência de um evento avisado, com o objetivo de apurar a existência de cobertura, assim como suas causas, circunstâncias e a extensão dos danos, bem como quantificar o valor a ser indenizado, conforme as condições acordadas no contrato de seguro.

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, não havendo a possibilidade de devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

Renovação: a continuidade da Cobertura do Seguro, por meio da emissão de nova Apólice 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 o evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do segurado, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais do seguro, que não serão cobertos pelo seguro.

**S**

Segurado: é a pessoa física ou jurídica sobre a qual se procederá à avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

Segurado Dependente: é o filho (a), pai, mãe, sogro (a), cônjuge ou companheira (o) do segurado principal que tenha sido incluído no seguro.

Seguradora: é a pessoa jurídica legalmente constituída e autorizada a funcionar como tal, que garante os riscos especificados no contrato de seguro.

Sinistro: ocorrência do risco coberto, e não excluído durante o período de vigência do seguro.

Suicídio Voluntário: é o ato de tirar voluntariamente a própria vida.

SUSEP: é a Superintendência de Seguros Privados – Autarquia Federal responsável por fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.

V

Vigência: intervalo contínuo de tempo durante o qual estará em vigor o contrato de seguro.

2. OBJETIVO DO SEGURO

2.1 O presente seguro tem por objetivo garantir ao segurado ou ao seu beneficiário, o recebimento parcial ou total do capital segurado contratado e definido no certificado individual de seguro, caso venha a ocorrer um dos riscos cobertos previstos nas coberturas contratadas pelo estipulante do seguro, durante o período de vigência, respeitadas as condições contratuais e demais cláusulas destas condições gerais.

3. COBERTURAS DO SEGURO

Este Seguro é composto por coberturas básicas e adicionais.

3.1 As coberturas descritas a seguir, não podem ser contratadas isoladamente.

3.2 **Cobertura Básica - Morte:** garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura e expresso no Certificado Individual, na ocorrência de morte do segurado por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

3.3 Coberturas Adicionais

3.3.1 **Indenização Adicional por Morte Acidental:** garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento



CONDIÇÕES GERAIS

do capital segurado correspondente a 100% (cem por cento) do estabelecido para a cobertura Morte, em caso de morte do segurado conseqüente, exclusivamente, de acidente pessoal, sem prejuízo do pagamento do capital segurado relativo à cobertura de Morte, exceto se decorrente de riscos excluídos, e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

3.3.2 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente: Garante ao segurado o pagamento de uma Indenização de até 100% (cem por cento) do valor estabelecido para a cobertura Morte, expresso no Certificado Individual de Seguro, de acordo com percentual estabelecido para a seqüela definida na Tabela de Cálculo da Indenização, em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente. Considera-se, para tal, a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente coberto e ocorrido na vigência do Seguro Individual, 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, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.

3.3.2.1 Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a sociedade seguradora pagará uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos abaixo:

Tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente total ou parcial por acidente: SEQUELAS CONSIDERADAS COMO INVALIDEZ TOTAL

Discriminação	% sobre o Capital Segurado
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 um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
Nefrectomia Bilateral	100

SEQUELAS CONSIDERADAS COMO INVALIDEZ PARCIAL

Visão	
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver outra vista	70
Lesões das vias lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fístulas	05
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25



Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris

Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10

Audição

Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20

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

Mandíbula

Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos

Em grau médio	20
Em grau máximo	30
Perda total de uma orelha	08
Perda total das duas orelhas	16

Nariz

Perda total do nariz	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10

Sistema Respiratório

Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Paralisia de uma corda vocal	10
Paralisia de duas cordas vocais	30
Traqueostomia definitiva	40
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10

Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)

Função respiratória preservada	15
Redução em grau mínimo da função respiratória	25
Redução em grau médio da função respiratória	50
Insuficiência respiratória	75

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



CONDIÇÕES GERAIS

Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o Metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar:	
Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
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 tíbios-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 primeiro dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2 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	06
menos de 3 (três) centímetros:	Sem indenização
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
Amputação total da língua	50
Amputação Parcial da língua (menos de 50%)	15
Amputação Parcial da língua (mais de 50%)	30
Sistema digestório e excretor	
Perda do baço	15
Aparelho Urinário	
Perda de um rim	
Função renal preservada	15
Redução em grau mínimo da função renal	25
Redução em grau médio da função renal	50
Insuficiência renal	75
Hérnia traumática	10
No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática (sem indenização)	00
Gastrectomia parcial	10
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
Intestino Delgado	
Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45

Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
---	----

Intestino Grosso

Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
Colectomia total	60
Colostomia definitiva	50

Reto e Ânus

Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Extirpação da vesícula biliar	07

Aparelho Genital e Reprodutor

Perda de um testículo	10
Perda de dois testículos	30
Amputação traumática do pênis	50
Perda do útero antes da menopausa	40
Perda do útero depois da menopausa	10

Síndromes Psiquiátricas

Síndrome pós-concussional	10
Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02

Mamas

Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20

3.3.2.2 A invalidez permanente 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 se recuse.

3.3.2.3 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, a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

3.3.2.4 No caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora irá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.

3.3.2.4.1 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.

3.3.2.4.2 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.

3.3.2.5 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação da percentagem prevista na tabela constante da cláusula 3.3.3.1, em função da seqüela caracterizada, ao valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura. Na falta de indicação exata da percentagem 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%.

3.3.2.6 Nos casos não especificados na tabela do item 3.3.3.1, a indenização será estabelecida tomando-se por base o grau da redução permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

3.3.2.7 Quando de um mesmo acidente resultar na invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as porcentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado contratado para esta cobertura.

3.3.2.8 Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não poderá exceder à da indenização prevista para a perda total de suas funções.

3.3.2.9 Para efeito de indenização, a perda ou redução funcional de um membro ou órgão com seqüelas em decorrência de acidente ocorrido anteriormente ao início de vigência do seguro individual, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

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

3.3.2.11 Reconhecida a Invalidez Permanente Total por Acidente pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez e o segurado será automaticamente excluído do seguro, com a conseqüente devolução de valores eventualmente pagos após a data de reconhecimento da invalidez, devidamente atualizados conforme cláusula 11.

Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do segurado em conseqüência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte.

3.3.3 Doenças Graves: Garante ao segurado o pagamento correspondente a 10% (dez por cento) do Capital Segurado estabelecido para a cobertura Morte, expresso no Certificado Individual de Seguro, em caso de diagnóstico comprovado, por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas por este Seguro, constantes da cláusula 3.3.3.2



destas Condições Gerais, desde que manifestada e diagnosticada durante a vigência do Seguro Individual e após decorrido o período de carência de 60 (sessenta) dias, contados a partir do início de vigência individual do seguro, observadas as condições aqui estabelecidas.

3.3.3.1 Para cobertura e caracterização das doenças relacionadas no item 3.3.3.2 abaixo, 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.

3.3.3.2 Para efeito deste seguro, são consideradas doenças graves:

I – DOENÇA NEOPLÁSICA MALÍGNA (CÂNCER OU TUMOR MALÍGNO)

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 portadores de neoplasia maligna com metástases à distância, devidamente comprovado através de exames complementares especializados. Estarão cobertos também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, pulmonares, da cavidade oral, do aparelho digestivo (esôfago, estômago e intestino), do pâncreas, leucemias agudas (mielóide e linfóide), sarcomas e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos como pulmão, fígado e medula óssea.

Riscos Excluídos:

a) **As displasias, lesões pré-cancerígenas, os tumores benignos e qualquer tumor maligno de outros órgãos e aparelhos, que não os especificados no item “Riscos Cobertos, da cláusula 3.4.2, I.**

b) **Para portadores do sexo feminino, exclui-se ainda: o carcinoma “in situ” (incluindo displasia cervical), neoplasias malignas primárias de pele na região das mamas, neoplasias não primárias do tecido mamário na região anatômica das mamas e neoplasias não primárias na região anatômica do útero.**

II – DOENÇAS CARDIOLÓGICAS

Definição:

São as doenças do coração, incidente nos músculos, nas artérias e nas válvulas deste órgão.

Riscos Cobertos:



Estão cobertas as doenças cardiológicas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças valvulares ou musculares, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia cotoracotomia. Estarão cobertas também as miocardiopatias classe funcional NYHA III e IV da New YorkHeart Association.

Riscos Excluídos:

Angioplastias transluminal coronariana e procedimentos intra-arteriais (procedimentos realizados no interior dos vasos sanguíneos arteriais objetivando sua desobstrução e restauração e restabelecimento do fluxo sanguíneo), como colocação de “stents”, as cirurgias para implantação de marca passo e as cirurgias de ablação

III - DOENÇAS NEUROLÓGICAS

1- ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Definição:

Isquemia cerebral (diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral) ou hemorragia intracraniana, resultante de problemas vasculares que produza destruição do tecido cerebral e seqüela neurológica definitiva.

Riscos Cobertos:

Estão cobertos os portadores de seqüelas de AVC avaliados após 6 (seis) meses do evento, quando houver a persistência de paralisia total de pelo menos 2 (dois) membros ou distúrbios cognitivos graves, que necessitem de Curatela.

A avaliação deverá ser realizada por médico especialista em neurologia, comprovado com exames complementares de imagem (Tomografias, Ressonância Magnética, Angioressonância ou Doppler de Carótidas).

Riscos Excluídos:

Ataques isquêmicos transitórios (AIT);

2 - DOENÇA DE ALZHEIMER

Definição

Doença de Alzheimer é uma doença neurológica degenerativa que geralmente se inicia com perda da memória e que pode evoluir para quadro demencial grave.

Riscos cobertos

Estarão cobertas as doenças com quadro clínico comprovado e que apresentem distúrbios cognitivos.

3 - DOENÇA DE PARKINSON**Definição**

A Doença de Parkinson é uma moléstia de caráter progressivo de causa desconhecida com características motoras que incluem tremores em repouso, rigidez, lentidão de movimentos, alterações posturais e cognitivas.

Riscos cobertos

Estarão cobertas as doenças clinicamente comprovadas com alterações motoras e tremores em ambos os membros superiores bem estabelecidas.

4 - ESCLEROSE LATERAL AMIOTROFICA (ELA)**Definição**

A ELA é uma doença neurológica degenerativa que atinge o neurônio motor periférico e clinicamente se caracteriza com quadro de fraqueza progressiva, perda e atrofia muscular.

Riscos cobertos

Estarão cobertas as doenças clínicas e laboratorialmente diagnosticadas.

IV – TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS VITAIS**Definição:**

É a transferência de órgão vital de um indivíduo vivo ou morto ou uso de prótese artificial em decorrência da perda irreversível de sua função.

Risco coberto:

Estará coberto o Segurado que necessitar do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos:

- Coração
- Fígado
- Medula óssea.
- Pâncreas
- Pulmão
- Rim

V – INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA**Definição**

A Insuficiência Renal Crônica é uma doença que se caracteriza pela perda progressiva e irreversível da função renal.

**Riscos cobertos**

Estarão cobertos os portadores de insuficiência renal crônica em programa de tratamento com diálise (hemodiálise ou diálise peritoneal)

3.3.3.3 Somente haverá cobertura para a primeira doença manifestada e diagnosticada durante a vigência do Seguro Individual, desde que comunicada à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma, acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

3.3.3.4 O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de doenças graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou sua renovação em outros períodos de vigência, permanecendo vigente as demais coberturas.

3.3.3.5 Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento da ocorrência de uma das doenças previstas no item 3.3.3.2, a Seguradora poderá realizar perícia médica no Segurado, bem como solicitar qualquer outro tipo de documento ou exame que julgue necessário para avaliação do Sinistro.

3.3.3.6 O Segurado ou sua família deverão permitir e contribuir para que seu médico e as entidades de prestação de serviços de assistência médico-hospitalar, que participaram no seu atendimento, forneçam as informações solicitadas pela Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade delas.

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

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

3.3.3.8.1 No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão de uma das doenças previstas no item 3.3.3.2, ou matéria médica não prevista expressamente neste Seguro, a seguradora irá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica composta de 3 (três) médicos especialistas, sendo um indicado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos indicados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver indicado; os honorários do terceiro médico serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

3.3.3.9 Reconhecida a Doença Grave pela seguradora, a indenização será paga de uma única vez, podendo o segurado se manter no plano, com as demais coberturas contratadas.

3.3.3.10 O pagamento da indenização desta cobertura, não é dedutível do capital segurado das demais coberturas deste seguro.



3.3.4 Doença Terminal: garante ao segurado, desde que este o requeira no prazo legal, a antecipação de 50% (cinquenta por cento) do capital segurado da cobertura de Morte, expresso no certificado individual do seguro, caso o segurado seja considerado Paciente Terminal, conforme definido nestas condições gerais e observadas suas demais cláusulas, o estado clínico do paciente dever ser devidamente comprovado por médico habilitado.

3.3.4.1 Para que o segurado tenha direito a esta garantia, deverá respeitar o período de carência de 180 (cento e oitenta) dias corridos, contados a partir da data de contratação do seguro, ou seja, qualquer evento relacionado à constatação da doença terminal ocorrida nos primeiros 180 (cento e oitenta) dias de vigência do seguro, não terá cobertura.

3.3.4.2 Na hipótese de não ficar comprovado o estado clínico grave, o seguro continuará em vigor, sem qualquer devolução de prêmios.

3.3.4.3 A comprovação do estado clínico grave consistirá na apresentação de declaração por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do segurado, acompanhado pelo histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames complementares.

3.3.4.4 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do quadro clínico do segurado, a seguradora irá 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.

3.3.4.4.1 A junta médica será constituída por 3 (três) médicos, 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.

3.3.4.4.2 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.

3.3.4.5 Reconhecida a Doença Terminal pela seguradora, a indenização correspondente a 50% (cinquenta por cento) do capital contratado para a cobertura Morte, será paga de uma única vez e o segurado será mantido no seguro, com a conseqüente cobrança do prêmio referente às demais coberturas.

3.3.4.6 A garantia de Doença Terminal não se acumula com a cobertura Morte, sendo todos os valores pagos a título de indenização para esta garantia, descontados da Indenização a ser paga pela cobertura Morte.

3.3.5 Garantia de Auxílio Funeral: garante o reembolso das despesas gastas com o sepultamento ou cremação, limitado ao capital segurado contratado para esta garantia, com a possibilidade de substituição do reembolso pela prestação dos serviços de funeral 24 horas, na



ocorrência de morte do segurado ou seus dependentes, por causas naturais ou acidentais, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas condições gerais.

3.3.5.1 Para que o segurado e seus dependentes tenham direito a esta garantia, no caso de morte por causas naturais, deverá ser respeitado o período de carência estabelecido no plano conforme abaixo.

3.3.5.2 O segurado poderá contratar um dos planos a seguir:

Plano A - Plano Familiar, que garante o mesmo capital segurado para auxílio funeral em caso de morte do segurado, seu cônjuge e filhos;

Carência: Para o segurado titular, seu cônjuge e filhos, a carência para a garantia de Auxílio Funeral será de 90 (noventa) dias corridos, contados a partir da data de contratação do seguro.

Plano B - Plano Familiar Total, que garante o mesmo capital segurado para auxílio funeral em caso de morte do segurado, seu cônjuge, filhos, pais, sogro e sogra;

Segurado Titular, cônjuge e Filhos

Carência: Para o segurado titular, seu cônjuge e filhos, a carência para a garantia de Auxílio Funeral será de 90 (noventa) dias corridos, contados a partir da data de contratação do seguro.

Pais, Sogro e Sogra

Carência: Para os pais, sogro e sogra do segurado titular, a carência para a garantia de Auxílio Funeral, será de 180 (cento e oitenta) dias corridos, contados a partir da data de contratação do seguro.

3.3.5.2.1 Somente terão direito à cobertura de Auxílio Funeral, os pais biológicos do segurado, bem como os sogros considerados parentes por afinidade. Portanto, padrastos e madrastas, não terão direito à cobertura.

3.3.5.2.2 A carência não será aplicada em caso de eventos decorrentes de Acidente Pessoal.

3.3.5.3 Para ser elegível ao seguro, o Segurado Dependente deverá:

a. Cônjuge: ter até 70 (setenta) anos de idade, na data início de vigência individual do seguro.

b. Filhos: ter até 21 (vinte e um) anos de idade ou 24 (vinte e quatro) anos de idade se



universitário, na data início de vigência individual do seguro. Os filhos dependentes com incapacidade física ou mental para o trabalho, poderão ser aceitos pelo seguro independente do limite de idade. A cobertura do seguro é extensiva aos filhos natimortos, quando houver a necessidade de realização do funeral.

c. Pais, sogro e sogra: ter até 70 (setenta) anos de idade na data início de vigência individual do seguro.

Todos os Segurados Dependentes devem estar em perfeito estado de saúde física e mental, quando da contratação do seguro.

3.3.5.4 Da prestação de serviços de auxílio funeral 24 horas:

Riscos Cobertos

- a)** Garante o traslado, funeral, sepultamento ou cremação;
- b)** formalidades administrativas, uma vez que serão tomadas todas as providências relativas à documentação necessária ao sepultamento, podendo a família acompanhar tais medidas, se assim o quiser;
- c)** urna funerária, coroa de flores, ornamentação da urna funerária, paramentos funerários, mesa de condolências, velório, registro de óbito e carro funerário.

3.3.5.5 O sepultamento será realizado no túmulo ou no jazigo da família, ou a cremação, caso essa opção tenha sido formalizada em vida pelo segurado, observando-se o seguinte:

- a) 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 ficarão a cargo da família;**
- b) não estão amparadas por essa garantia, as despesas com a eventual exumação dos corpos que já estejam no jazigo ou túmulo, quando do sepultamento do segurado.**

3.3.5.6 Caso a família não disponha de local para o sepultamento, será alugado um jazigo, por um período de 3 (três) anos, a contar da data do evento. A locação será válida somente para cemitérios municipais e ocorrerá conforme disponibilidade de jazigo existente no local.

3.3.5.7 Caso a família opte por fazer o sepultamento na mesma localidade do evento, e não sendo este o município de domicílio do finado, será providenciada passagem aérea na classe econômica, ou passagem rodoviária, para que um membro da família possa acompanhar o sepultamento.

3.3.5.8 Em caso de falecimento do segurado durante viagem ao exterior, serão atendidas as formalidades necessárias para o repatriamento/retorno do corpo, com transporte em esquife até o município de domicílio do falecido.



3.3.5.9 Caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento/cremação na localidade do evento, será providenciada uma passagem aérea (classe econômica), para que um membro da família possa acompanhar o sepultamento.

3.3.5.10 Caso o segurado seja o titular de mais de um seguro que lhe ofereça os serviços de assistência funeral, a garantia Auxílio Funeral será sempre única e limitada ao 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. No caso do segurado possuir a mesma cobertura em outra seguradora, as indenizações, quando não for acionado o serviço, não se acumulam, respondendo cada seguradora pela sua parte nas despesas, proporcional aos riscos assumidos, até o valor de sua importância segurada.

3.3.5.11 A garantia de Auxílio Funeral destina-se exclusivamente à indenização, ao reembolso das despesas gastas com funeral, ou à prestação dos referidos serviços, limitados ao capital segurado contratado para esta garantia, mediante a apresentação dos comprovantes originais das respectivas despesas.

3.3.5.12 O valor da indenização da garantia de Auxílio Funeral será definido no certificado individual, de acordo com o Plano escolhido pelo segurado.

Riscos Excluídos:

3.3.5.13 Estão expressamente excluídos da Garantia Auxílio Funeral, e, portanto, a seguradora não indenizará ou responderá pela garantia nas seguintes situações:

- a) Morte do segurado por causas naturais, ocorrida nos primeiros noventa dias de vigência inicial do contrato de seguro;
- b) morte conseqüente de inundações, furacão, erupção vulcânica, tempestades, terremotos, movimentos sísmicos;
- c) morte conseqüente da ocorrência de irradiação decorrente de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade;
- d) traslado do corpo para cremação desde a localidade do evento até outro município onde a cremação será efetuada;
- e) aquisição de jazigo;
- f) exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;

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:

- a) de lesões, acidentes, sequelas ou doenças preexistentes no momento da contratação do presente seguro, que não foram voluntariamente declarados na Proposta de Adesão, e que eram de conhecimento do Segurado;**
- b) de atos ilícitos ou provocação dolosa de sinistro, observada a hipótese prevista no item “d”, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora;**
- c) da prática, por parte do Segurado, de atos contrários à lei, inclusive condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;**
- d) suicídio voluntário ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados: do início de vigência individual do seguro; ou da solicitação de aumento de Capital Segurado feita exclusivamente pelo Segurado/ Estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do Capital Segurado aumentado;**
- e) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada, ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ionizantes;**
- f) de atos ou operação de guerra, declarada ou não, da guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos terroristas ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se consequentes de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- g) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando provier de atividades laborais do Segurado, da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- h) de inundações, furacão, erupção vulcânica, tempestades, terremotos, movimentos sísmicos;**
- i) epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente uma região ou uma dada população onde o Segurado resida ou esteja de passagem, assim declaradas por órgão público competente;**
- j) nos seguros contratados por pessoas jurídicas, deverão ser excluídos os danos causados por atos ilícitos ou provocação dolosa praticados por sócios controladores,**



dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes;

k) invalidez temporária do Segurado, despesas médicas, diárias hospitalares em geral, encargos de farmácia, honorários para intervenções cirúrgicas, despesas de remoção e correlatas;

l) danos estéticos ou eventos que tenham relação com cirurgias plásticas, tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em qualquer modalidade, exceto obesidade classificada como mórbida;

m) tratamentos experimentais ou tratamentos não reconhecidos pela ANS – Agência Nacional de Saúde;

n) uso de remédios e/ou substâncias experimentais ou não reconhecidas pela Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para tratamento de doença ou acidente de qualquer natureza;

o) automutilações.

4.2 Estão expressamente excluídos das coberturas de Indenização Adicional por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, e, portanto, a seguradora não indenizará nestas coberturas, os eventos ocorridos em consequência:

a) de acidentes ocorridos antes da inclusão do segurado no presente seguro, bem como suas consequências;

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

c) de doenças, exceto se causadas diretamente pelo acidente pessoal coberto;

d) de intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidentes cobertos;

e) das perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes de ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

f) das moléstias ou doenças decorrentes da exposição crônica a gases e vapores;

g) das moléstias ou doenças crônicas decorrentes de picada de insetos;



- h) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- i) da prática, por parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive a condução ou pilotagem de veículos terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem a devida habilitação legal ou com habilitação vencida e não renovada, a qualquer título;
- j) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- k) de atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes.

5. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

5.1 A contratação do Seguro é opcional, sendo facultado ao Segurado seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver, de acordo com regras de devolução definidas no item **12 Cancelamento do Seguro**.

5.2 A Proposta de Adesão ao Seguro se formalizará após a sua assinatura e a sua submissão à Seguradora, por meio físico ou remoto, pelo potencial segurado, seu representante legal ou corretor de seguros, após conhecimento das condições contratuais.

5.3 Na contratação do seguro, o potencial Segurado individual poderá, em até 07 (sete) dias corridos da data da contratação, desistir de sua contratação, mediante manifestação formal enviada à Seguradora através dos canais disponibilizados para esse fim.

5.3.1 Nessa hipótese, tendo sido oferecida cobertura provisória com cobrança de prêmio, este será devolvido na forma prevista no **5.4.7** dessas Condições Gerais.

5.4 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora devendo o potencial Segurado atender aos critérios de aceitação estabelecidos pela Seguradora.

5.4.1 Poderão ser feitas exigências para aceitação dos riscos, incluindo a Declaração Pessoal ou prova de saúde. A Seguradora poderá exigir informações, declarações, documentos ou exames médicos para auxiliar na avaliação do risco.

5.4.2 O recebimento do prêmio de Seguro não implica aceitação do Seguro por parte da Seguradora.

5.4.3 A partir do recebimento da proposta de adesão pela Seguradora, a seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para a manifestação sobre a aceitação ou recusa da proposta.

5.4.4 Durante o período de avaliação do risco, a seguradora poderá solicitar documentos e exames periciais complementares para análise do Risco. Nessa hipótese, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para análise será interrompido, e terá novo início na data da entrega de toda documentação à Seguradora.

5.4.5 Na hipótese de ocorrência de evento coberto, estando vigente a cobertura provisória através de pagamento do Prêmio, a seguradora seguirá com a regulação do sinistro, nos termos estabelecidos nestas condições gerais.

5.4.6 No caso da não aceitação da proposta de adesão ao seguro, a seguradora deverá, neste prazo, comunicar formalmente ao potencial segurado, ou seu representante legal ou ao seu corretor de seguros, justificando a recusa.

5.4.7 Caso tenha ocorrido pagamento de prêmio referente à cobertura provisória e tenha sido negada a aceitação do risco, o prêmio de cobertura provisória será restituído ao potencial segurado, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, o valor deduzido conforme a tabela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura provisória. Neste caso, o potencial Segurado terá cobertura do Seguro entre a data de recebimento da proposta de adesão com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

5.5 O potencial segurado, seu representante legal ou corretor de seguros será cientificado com antecedência sobre o conteúdo do contrato.

5.6 Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo/endorso à apólice ou ao certificado de seguros, com a concordância expressa e escrita do Estipulante/Subestipulante ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

5.7 Após a emissão ou eventual alteração do seguro, será enviado o certificado individual de seguro. A qualquer momento, o Segurado poderá solicitar a segunda via do documento.

6. VIGÊNCIA DO SEGURO

6.1 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.

6.1.1 A Apólice coletiva vigorará pelo prazo de 20 (vinte) anos, com início de vigência às 00:00 (zero) horas da data de início de vigência e término às 24:00 (vinte e quatro) horas das datas indicadas no Contrato.

6.2 Para os potenciais segurados que vierem a aderir ao seguro, com início de vigência às



00:00 (zero) horas da data de início de vigência e término de vigência às 24:00 (vinte e quatro) horas das datas indicadas na proposta de adesão e no certificado individual de seguro.

6.2.1 Para as propostas de adesão recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a partir da data de aceitação da proposta pela Seguradora ou de data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

6.2.2 Aas propostas de adesão recepcionadas com adiantamento de valor para pagamento parcial ou total do prêmio terão cobertura provisória a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, sem prejuízo do direito da seguradora de não aceitar o Seguro no prazo de análise da proposta.

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

6.4 O Seguro poderá ser renovado automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante/Segurado ou a Seguradora se manifestarem em sentido contrário, mediante aviso prévio, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias ao final da vigência do seguro, ou se ocorrer alguma das causas de cancelamento previstas nestas Condições Gerais.

6.4.1 No caso de não renovação da apólice de Seguro junto ao estipulante, as condições contratuais terão sua vigência estendida pela Seguradora até a extinção de todos certificados individuais.

6.4.2 A cada renovação serão emitidos uma nova apólice de Seguro e um novo certificado individual de Seguro pela Seguradora.

7. AGRAVAMENTO DO RISCO

7.1 A Seguradora poderá, a seu exclusivo critério, diante da comunicação de agravamento relevante do risco, cobrar diferença de prêmio ou, se tecnicamente inviável a manutenção da cobertura, cancelar o seguro, mediante notificação ao Segurado e/ou Estipulante, conforme disposto na lei vigente.

8. CAPITAL SEGURADO

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

a) no caso de morte natural ou acidental do segurado, a data do falecimento;

b) no caso de invalidez por acidente do segurado, a data do acidente;



c) no caso de Doença Grave, a data da constatação da doença, de acordo com o item 3.3.3.

d) no caso de Doença Terminal, a data da Declaração Médica, de acordo com o item 3.3.4.3.

8.2 A reintegração do capital segurado, no caso de indenização de Invalidez Permanente Parcial por Acidente, será automática após a ocorrência do sinistro, salvo se a invalidez decorrer direta ou indiretamente do mesmo acidente.

8.3 Os Capitais Segurados serão definidos na Proposta de Adesão, obedecendo aos limites mínimos e máximos comercializados pela Seguradora.

9. CARÊNCIA E FRANQUIA

9.1 Poderão ser aplicadas franquias e carências às coberturas contratadas, cujas informações estarão previstas no certificado individual do seguro.

9.2 O período de carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da apólice, e será contado a partir do início de vigência individual.

9.3 Durante o período de carência, em caso de ocorrência de sinistros cuja cobertura esteja abrangida nesse período, haverá devolução do respectivo prêmio pago.

9.4 Para os eventos decorrentes de acidentes pessoais não será aplicada carência.

9.5 Nos casos de suicídio voluntário ocorrida nos 02 (dois) primeiros anos ininterruptos, contados da data de adesão ao seguro, o beneficiário não terá direito ao recebimento do capital segurado.

9.6 Caso o segurado solicitar, durante a vigência do seguro, o aumento do capital segurado, o montante correspondente ao acréscimo ficará sujeito a novo período de carência de 2 (dois) anos, contados da data da aceitação do pedido de aumento para seguradora. Ocasão em que será considerado o capital segurado anterior ao aumento. É vedada a fixação de novo prazo de carência, após renovação ou substituições do contrato com outra seguradora.

10. PAGAMENTO DO PRÊMIO

10.1 O prêmio do Seguro poderá ser pago em parcela única, mensal, anual ou fracionado, de acordo com o estabelecido na contratação do seguro.

10.2 O prêmio do Seguro poderá ser pago à vista na operação financeira ou em outra forma de cobrança disponibilizada pela Seguradora.

10.3 A forma e a periodicidade do pagamento do prêmio do Seguro serão indicadas na proposta

de adesão e no certificado individual de seguro.

10.4 Se a data para o pagamento do prêmio do Seguro à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente bancário.

10.4.1 A Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente ao Estipulante ou seu representante ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um desses, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 05 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

10.5 Na ocorrência de algum sinistro dentro do prazo de pagamento do prêmio, sem que o mesmo tenha sido efetuado, o direito à eventual cobertura não estará prejudicado.

10.6 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente ao prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

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

10.8 Nos seguros contributários, desde que tenham sido recebidos pelo Estipulante os prêmios individuais, ainda que ele não os tenha repassado à Seguradora, estará garantido o pagamento de indenizações aos Segurados que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal do Estipulante.

10.9 Este Seguro está estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

10.10 A Seguradora poderá, anualmente, no aniversário da apólice ou com a periodicidade definida nas condições contratuais, recalcular o prêmio do Seguro se a natureza dos riscos do Seguro tornar-se inviável ou prejudicar o equilíbrio financeiro-atuarial, ou seja, o volume de sinistros avisados superar o de prêmios arrecadados.

10.10.1 Qualquer alteração de prêmio prevista no item anterior deverá ser submetida à anuência prévia e expressa de, pelo menos, 3/4 (três quartos) do grupo Segurado, caso implique ônus ou perda de direito aos Segurados, exceto quando da aplicação dos índices de atualização monetária previstos nestas Condições Gerais.

10.11 Quando o pagamento da Indenização acarretar o cancelamento do Contrato de Seguro, as parcelas vincendas do Prêmio do Seguro serão deduzidas do valor da Indenização excluído o adicional de fracionamento.

10.12 Reajuste por Idade:

10.12.1 O proponente ao aderir ao seguro, automaticamente é enquadrado em uma das faixas etárias estabelecidas, em função de sua idade no momento da contratação.

10.12.2 As faixas etárias consideradas neste seguro são: até 35 anos, 36-40 anos, 41-45 anos, 46-50 anos, 51-55 anos, 56-60 anos, 61-65 anos e 66 anos em diante.

10.12.3 Uma vez aderido ao seguro, após a primeira alteração de faixa etária, anualmente e na data de aniversário do certificado individual do seguro, será aplicado ao prêmio comercial do seguro, além da atualização monetária, um reajuste percentual, de acordo com a idade do segurado, no momento da atualização, conforme abaixo.

10.12.3.1 Ressalta-se que o reenquadramento do prêmio puro segue a tábua biométrica do plano. A tabela abaixo, aplicada no prêmio comercial, considera reduções na margem de lucro da seguradora ao longo das renovações. Este procedimento é uma estratégia de retenção, já que os segurados que renovam o seguro pagam prêmio menor do que os novos segurados que ingressam no seguro.

IDADE	TAXA	IDADE	TAXA	IDADE	TAXA	IDADE	TAXA
36	8%	51	25%	66	9,0%	81	9,0%
37	5%	52	17%	67	9,0%	82	9,0%
38	2%	53	3%	68	9,0%	83	9,0%
39	1%	54	1%	69	9,0%	84	9,0%
40	1%	55	1%	70	9,0%	85	9,0%
41	22%	56	20%	71	9,0%	86	9,0%
42	12%	57	11%	72	9,0%	87	9,0%
43	2%	58	1%	73	9,0%	88	9,0%
44	1%	59	1%	74	9,0%	89	9,0%
45	1%	60	1%	75	9,0%	90	9,0%
46	22%	61	20%	76	9,0%	91	9,0%
47	12%	62	10%	77	9,0%	92	9,0%
48	2%	63	3%	78	9,0%	93	9,0%
49	2%	64	2%	79	9,0%	94	9,0%
50	1%	65	1%	80	9,0%	95	9,0%

11. FALTA DE PAGAMENTO DO SEGURO

11.1 Em caso de falta de pagamento do prêmio, a seguradora notificará o segurado concedendo-lhe o prazo de 90 (noventa) dias, contado do recebimento da notificação para a quitação do saldo devido.

11.1.1 Caso o segurado recuse o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não seja



encontrado no último endereço informado à seguradora, o prazo previsto no item acima terá início na data da frustração da notificação.

11.1.2 Tendo se esgotado o prazo de 90 (noventa) dias acima sem que tenha sido efetuado o pagamento dos prêmios em atraso, o seguro será automaticamente cancelado.

11.1.3 Caso o pagamento do prêmio não seja realizado após notificação formal ao Estipulante ou Segurado, e desde que a Seguradora tenha assumido suportado a indenização do risco previsto no contrato, poderá ser iniciada cobrança judicial do valor devido, inclusive por meio de ação de execução, conforme previsto na legislação vigente.

11.1.4 O Segurado poderá evitar o cancelamento do Seguro por inadimplência desde que retome o pagamento da totalidade do prêmio devido dentro do prazo estabelecido no item 16.1., sendo facultada à Seguradora a cobrança de juros, nos termos do item 19.

11.2 Nos seguros contratados com fracionamento do pagamento do prêmio, na hipótese de não pagamento de uma ou mais parcelas devidas, a cobertura permanece válida pelo período mencionado neste item.

11.2.1 Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos juros, dentro do novo prazo de vigência ajustada, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original do seguro.

11.2.2 Decorrido o prazo sem que tenha sido quitada a respectiva parcela do prêmio, o seguro ficará automaticamente cancelado. O cancelamento do seguro independe de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, não cabendo restituição de qualquer parcela do prêmio já pago.

11.2.3 A falta de pagamento da primeira parcela ou do prêmio à vista implicará o cancelamento automático do Seguro sem direito às coberturas.

12. CANCELAMENTO DO SEGURO

12.1 A apólice de Seguro poderá ser cancelada nas seguintes situações:

- a.** 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; e
- b.** ao final de vigência, se está não for renovada.

12.2 O certificado individual poderá ser cancelado nas seguintes situações:

- c.** por falta de pagamento, conforme item 11;
- d.** com a morte do segurado;
- e.** com a invalidez permanente e total por acidente do Segurado;



- f. por solicitação do Segurado a qualquer tempo, mediante comunicação à Seguradora;
- g. se o Segurado, seu corretor de seguros ou seu representante legal agirem com dolo, praticarem ato ilícito ou contrário à lei, cometerem fraude ou tentativa de fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do seguro, simulando ou provocando sinistro ou ainda agravando as consequências do mesmo para obter indenização ou dificultar sua elucidação;
- h. se o Segurado agir de má-fé e não fizer declarações verdadeiras e completas, omitir circunstâncias de seu conhecimento, desde que questionadas no Questionário de Avaliação de Risco que possam influir na aceitação, na taxação ou no conhecimento exato e na caracterização do risco;
- i. na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente contrato;
- j. com o cancelamento ou o final de vigência sem renovação da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago pelo Segurado; e
- k. fim do prazo de vigência do seguro.

13. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

13.1 Atualização do Capital Segurado

13.1.1 O capital segurado e, por consequência, o respectivo prêmio poderão ser atualizados na mesma proporção do valor da dívida ou da obrigação financeira assumida, em caso de Capital Segurado Vinculado.

13.2 Atualização das Obrigações Financeiras

13.2.1 As obrigações pecuniárias serão atualizadas monetariamente pelo IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado –, da Fundação Getúlio Vargas.

13.2.2 No caso de recusa do risco, ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias para a devolução do prêmio, os valores serão devolvidos ao proponente devidamente atualizados, a partir da data da formalização da recusa, que é a data de exigibilidade.

13.2.3 No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores serão devolvidos ao proponente devidamente atualizados, desde a data de recebimento pela Seguradora, que é a data de exigibilidade.

13.2.4 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 aos demais valores do seguro.

13.3 No caso de extinção do índice estabelecido nessas condições gerais, deverá ser utilizado o IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor/Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo).

13.4 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:

13.4.1 Inflação:

13.4.1.1 O Capital Segurado e o Prêmio do Seguro correspondente serão atualizados monetariamente com base no IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado –, da Fundação Getúlio Vargas, se positivo, na forma da publicação procedida nos 2 (dois) meses imediatamente anteriores à data de atualização.

13.4.1.2 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.

13.4.1.3 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.

13.4.2 Aumento do Risco proporcional à Idade do Segurado:

13.4.2.1 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.

14. JUROS DE MORA

14.1 Em caso de descumprimento das obrigações de pagamento previstas nesse seguro, pelo Segurado ou pelo Estipulante, estas obrigações estarão sujeitas à multa de 2% (dois por cento) sobre o montante devido, corrigido monetariamente de acordo com as regras do item 13. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO, sem prejuízo dos Juros de 0,5% (meio por cento) ao mês desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos.

15. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

15.1 Na garantia 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 no ato da contratação do seguro, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita na garantia de Morte, o Capital Segurado será pago conforme a lesigilação vigente.

15.2.1 O companheiro poderá ser indicado como beneficiário se, no ato da contratação do

Processo SUSEP 15414.900167/2013-19_Seguro de Vida em Grupo_Versão 04/2023



seguro, o segurado principal era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

15.3 Nas garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Doenças Graves e Doença Terminal, o beneficiário será o próprio segurado.

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

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

15.6 No caso de suicídio nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato de seguro, o beneficiário não terá direito ao capital segurado, cabendo a seguradora a devolução dos prêmios ao mesmo.

16. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

16.1 Em caso de ocorrência de sinistro ou da sua iminência que possa vir a ser indenizável por este seguro, deverá o Estipulante, ou o Segurado, ou seu(s) Beneficiário(s), ou quem suas vezes fizer, sob pena de perder o direito à indenização:

16.1.1 Tomar as providências necessárias e úteis para evitar ou minorar seus efeitos, desde que não colocar, em perigo interesses relevantes, ou se implicarem sacrifício acima do razoável.

16.1.2 Comunicar o sinistro imediatamente à Seguradora pelos canais oficiais da seguradora, sem prejuízo da comunicação por escrito, através do preenchimento e entrega do formulário denominado "Aviso de Sinistro" e seguir suas instruções.

16.1.3 Fornecer à seguradora todas os elementos de que disponha sobre o sinistro, suas causas e consequências.

16.1.4 Se necessário, registrar a ocorrência do sinistro junto às autoridades competentes, observada a relação de documentos constante das condições especiais de cada cobertura contratada.

16.1.5 Fazer constar da comunicação 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 coberto.

16.1.6 O descumprimento doloso dos deveres previstos nesta cláusula implica a perda do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

16.1.7 O descumprimento culposo de qualquer um dos deveres previstos acima implicam na perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.

16.1.8 O Segurado, por ocasião do Sinistro, deverá recorrer, as suas custas, aos serviços de profissionais legalmente habilitados, buscando atendimento médico adequado e seguindo, sempre que possível, as orientações recebidas, com vistas à recuperação da sua condição de saúde, respeitada sua autonomia e as limitações clínicas e pessoais.

16.2 Os elementos e documentos necessários para a regulação do sinistro estão descritos nas cláusulas das coberturas constantes das Condições Especiais do seguro, e serão informados na abertura do sinistro.

16.3 A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura, contado da data do recebimento da documentação completa, acompanhada de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.

16.4 A relação de documentos mínimos e elementos necessários para a regulação de Sinistro está prevista em cada uma das respectivas coberturas contratadas. O processo de regulação somente seguirá para análise após o recebimento de todos os elementos, inclusive documentos mínimos, indicados nas coberturas contratadas, que deverão ser submetidos pelo Segurado à Seguradora, no prazo de 30 dias.

16.5 O não envio dos elementos necessários e documentos mínimos listados no prazo acima indicado ou o seu envio parcial implicam encerramento do procedimento de análise e recusa automática da cobertura.

16.6 Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar informações e esclarecimentos complementares ou, ainda, outros documentos, além daqueles estabelecidos nas condições especiais para cada cobertura contratada por no máximo 2 (duas) vezes. Nesse caso, o prazo previsto no item 20.4 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à entrega de toda a documentação solicitada.

16.7 Reconhecida a cobertura, a seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização ou o capital estipulado, a contar da data em que a Seguradora manifestou-se sobre a existência de Cobertura

16.8 O processo de liquidação do sinistro somente se iniciará após a identificação da existência efetiva de cobertura e da sua extensão material.

16.9 O não pagamento da indenização no prazo previsto no item 20.7. implicará aplicação de juros de mora, multa, de acordo com o item 19, sem prejuízo de sua atualização de acordo com item 18 destas Condições Gerais.

16.9.1 É vedado ao segurado e/ou o beneficiário promover modificações no local do sinistro, bem como destruir ou alterar elementos relacionados ao sinistro.



16.9.2 O descumprimento culposo implica obrigação de suportar as despesas acrescidas para a regulação e a liquidação do sinistro.

16.9.3 O descumprimento doloso exonera a seguradora do dever de indenizar ou pagar o capital segurado.

16.10 Documentos necessários para a liquidação dos sinistros:

Em caso de Morte Natural do Segurado

- a. Certidão de Óbito;
- b. Relatório médico informando as doenças relacionadas direta e indiretamente com a causa da morte e os laudos dos exames realizados para o diagnóstico com a descrição do quadro clínico. O relatório deve conter: carimbo, CRM e assinatura do profissional;
- c. Relatório médico e/ou prontuário médico com carimbo, CRM e assinatura do profissional;
- d. Declaração de herdeiros;
- e. Documentos pessoais dos beneficiários e do segurado/sinistrado (RG, CPF e/ou CNH);
- f. Comprovante de endereço dos beneficiários. Caso não possua, encaminhar uma declaração de endereço em nome dos beneficiários;
- g. Autorização para crédito dos beneficiários;
- h. Cópia simples da Certidão de Óbito do beneficiário falecido (se houver);
- i. Certidão de Casamento com averbação do óbito ou, se não tiver, Declaração de Convivência Marital.

Morte por Acidente do Segurado

- a. CNH do segurado/sinistrado;
- b. Documentos pessoais do segurado/sinistrado (RG, CPF e/ou CNH);
- c. Laudo de necropsia;
- d. Exame toxicológico (enviar somente em caso de Acidente de Trânsito);
- e. Laudo de local (em caso de Morte decorrente de Acidente de Trânsito);
- f. Croqui (em caso de Morte decorrente de Acidente de Trânsito);
- g. Laudo pericial, Boletim de Ocorrência do local do acidente ou declaração de um órgão competente informando a dinâmica dos fatos.
- h. Cópia simples da Certidão de Óbito do beneficiário falecido (se for o caso);

- i. Prontuário de primeiro atendimento médico;
- j. Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- k. Certidão de Óbito;
- l. Declaração de herdeiros;
- m. Documentos pessoais dos beneficiários (RG, CPF e/ou CNH);
- n. Documentos pessoais do segurado/sinistrado (RG, CPF e/ou CNH);
- o. Comprovante de endereço. Caso não possua, encaminhar uma declaração de endereço em nome do segurado;
- p. Comprovante de endereço dos beneficiários. Caso não possua, encaminhar uma declaração de endereço em nome dos beneficiários;
- q. Autorização para crédito dos beneficiários;
- r. Cópia simples do inquérito policial com depoimentos das testemunhas;
- s. Certidão de Casamento com averbação do óbito e/ou Declaração de Convivência Marital.

Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Segurado

- a. Documentos Pessoais do Segurado (a);
- b. Comprovante de endereço, caso não tenha, encaminhar a declaração de endereço em nome do sinistrado;
- c. Autorização para Crédito do segurado/sinistrado;
- d. Cópia simples da CNH do sinistrado, em caso de acidente com veículo conduzido pelo segurado (a);
- e. Boletim de Ocorrência B.O da comunicação do acidente ou CAT se tratar de acidente de trabalho;
- f. Cópia simples do Prontuário 1º atendimento médico prestado no dia do acidente;
- g. Radiografias ou exames de imagem das lesões;
- h. Relatório médico com percentual estimado da lesão reclamada;
- i. Atestado de alta médica definitiva com percentual de perda.

Em caso de Doenças Graves

- a. Documentos Pessoais do Segurado (a);
- b. Comprovante de endereço, caso não tenha, encaminhar a declaração de endereço em nome do sinistrado;

- c. Autorização para Crédito do segurado/sinistrado;
- d. Relatório médico informando a data do diagnóstico da doença e tratamentos realizados;
- e. Laudos ou Exames médicos que comprovem o diagnóstico da doença;

Em caso de Doença Terminal

- a. Documentos Pessoais do Segurado (a);
- b. Comprovante de endereço, caso não tenha, encaminhar a declaração de endereço em nome do sinistrado;
- c. Autorização para Crédito do segurado/sinistrado;
- d. Relatório médico informando a data do diagnóstico da doença e tratamentos realizados;
- e. Laudos ou Exames médicos que comprovem o diagnóstico da doença;

AUX- Auxílio Funeral

- a. Documentos Pessoais do Segurado (a);
- b. Comprovante de endereço, caso não tenha, encaminhar a declaração de endereço em nome do sinistrado;
- c. Certidão de óbito;
- d. Documentos Pessoais do responsável que arcou com as despesas do funeral;
- e. Comprovante de Endereço do responsável que arcou com as despesas do funeral;
- f. Autorização para Crédito do responsável que arcou com as despesas do funeral;
- g. Notas fiscais das despesas com o funeral. (Deve conter os itens custeados, dados do tomador e nome do falecido);
- h. Recibos das despesas com o funeral. (Deve conter os itens custeados, dados do tomador e nome do falecido);



17. JUNTA MÉDICA

17.1 No caso de divergências sobre causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como sobre avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora irá propor ao Segurado, por qualquer meio idôneo, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

17.2 A junta médica será constituída por 03 (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, enquanto os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

17.3 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.

18. PERÍCIA DA SEGURADORA

18.1 A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência do evento nos termos destas Condições Gerais e das Condições Especiais.

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

18.3 Comprovado algum tipo de irregularidade advinda de conduta dolosa do Segurado, ocorrerá perda do direito à indenização ou ao capital segurado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela seguradora, sem prejuízo do, cancelamento do respectivo contrato de Seguro e adoção de procedimentos legais, objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

18.4 Caso constatado que o evento coberto teve origem por ato doloso do Beneficiário, o capital segurado será pago ao Segurado ou a seus herdeiros.

18.5 Os atos ou as providências que a Seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado reclamado.

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 de Seguro Pago, e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora, se:

- a. agravar intencionalmente o risco;
- b. praticar dolosamente atos que sejam contrários aos termos e obrigações previstos nestas Condições Gerais;
- c. 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;
- d. Se o Segurado, seu representante legal, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o Questionário de Risco submetido pela Seguradora, o Segurado:
 - i) Quando as declarações inexatas ou omissões ocorrerem de forma dolosa, perderá a garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela Seguradora; ou
 - ii) Quando as declarações inexatas ou omissões ocorrerem de forma culposa, terá sua garantia reduzida proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas inicialmente as informações que foram posteriormente reveladas.
 - iii) Não se aplicam as hipóteses dos itens i e ii quando o interessado provar que a seguradora tomou ciência oportunamente do sinistro e das informações por outros meios.

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

19.3 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. 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.

19.4 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.



19.5 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.

19.6 O Segurado deve comunicar à seguradora relevante agravamento do risco tão logo dele tome conhecimento.

19.7 O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco. Os atos ou as providências que a Seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado reclamado.

20. RECÁLCULO DO PRÊMIO

20.1 A Seguradora se reserva o direito de recalculer o Prêmio na renovação dos seguros ou na emissão de novos, caso venha a ocorrer alteração significativa no Grupo Segurado e que possa influir na taxa do seguro, objetivando manter o equilíbrio econômico e financeiro da apólice.

20.2 O Prêmio do seguro será recalculado através de estudos técnico-atuariais elaborado por atuário em função de alterações ocorridas no Grupo Segurado no período de estudo.

20.3 Qualquer modificação em apólice 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 não poderá ser cancelada durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

21.1 São obrigações do Estipulante:

21.1.1 Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco previamente estabelecidas, incluindo dados cadastrais, conforme lhe for solicitado pela Seguradora.

21.1.2 Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados atualizados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido nestas condições gerais e nas condições especiais.

21.1.3 Assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato e fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao Seguro contratado;



21.1.4 Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações e/ou documentos relativos ao contrato de seguro.

21.1.5 Repassar os prêmios à Seguradora. Caso esse repasse não seja efetuado, os Segurados não perdem o direito à indenização em caso de sinistro coberto, mas fica o Estipulante sujeito às cominações legais.

21.1.6 Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao seguro, incluindo procedimentos e prazos estipulados para a liquidação dos sinistros.

21.1.7 Discriminar a razão social e, se for o caso, o nome da Seguradora nos documentos e nas comunicações referentes ao Seguro objeto deste contrato e, se for o caso, informar também o percentual de participação no risco, em caso de cosseguro.

21.1.8 Comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado.

21.1.9 Disponibilizar ao Segurado as Condições Gerais deste seguro, anterior a sua contratação.

21.1.10 Fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

21.1.11 O estipulante deverá cumprir as obrigações e os deveres do contrato, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário.

21.1.12 O estipulante poderá substituir processualmente o segurado ou o beneficiário para exigir, em favor exclusivo destes, o cumprimento das obrigações derivadas do contrato.

21.1.13 Assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.

21.2 É expressamente vedado ao Estipulante:

21.2.1 Cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao Seguro além dos especificados pela Seguradora.

21.2.2 Rescindir o contrato em vigor sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

21.2.3 Efetuar propaganda e promoção do Seguro sem prévia anuência da Seguradora sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro que será contratado.

21.2.4 Vincular a contratação do Seguro objeto destas condições gerais a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que a contratação sirva de cobertura direta a esses produtos.

22. DISPOSIÇÕES GERAIS

22.1 Fica expressamente estabelecido que este seguro não cobre e não indenizará quaisquer despesas decorrentes de atos de salvamento, incluindo mas não se limitando à contenção de doenças ou lesões, bem como gastos com prevenção, manutenção e preservação da saúde, socorro, remoção, transporte, atendimento médico, hospitalar ou qualquer outras providências que tenham finalidade exclusiva preservar ou restabelecer a integridade física, a saúde ou vida de pessoas, ainda que realizadas em conjunto com medidas voltadas à proteção do bem segurado. Tais despesas como exames de rotina, consultas médicas, vacinas, tratamentos, procedimentos cirúrgicos, acompanhamento psicológico são de responsabilidade exclusiva do segurado e não se enquadram nas coberturas previstas na apólice.

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

22.3 Para os casos não previstos neste documento, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

22.4 O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros e da seguradora no site [https:// www.gov.br/susep/pt-br](https://www.gov.br/susep/pt-br)

22.5 As condições contratuais e deste produto encontram-se registradas na Susep, de acordo com o número de processo constante na apólice, proposta e certificado, e poderão ser consultadas no endereço eletrônico <https://www.gov.br/susep/pt-br>

22.6 Mediante a contratação do seguro, o Segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas de seus direitos que se encontram nestas condições gerais.

22.7 As condições gerais do Seguro estarão à disposição do proponente ou de seu representante legal, previamente à contratação do seguro, no sítio eletrônico do estipulante.

22.8 O corretor de seguros é responsável por entregar ao segurado, beneficiário ou estipulante todos os documentos e informações que lhe forem confiados, como apólices, certificados e comunicações, em até 5 (cinco) dias úteis após o recebimento. Se houver risco de perda de algum direito — como prazo para comunicar um sinistro ou solicitar uma cobertura — o corretor deverá fazer a entrega o mais rápido possível, garantindo que o segurado possa exercer seus direitos dentro do prazo legal.

22.9 O Corretor, Estipulante e Representante (Intermediários) são obrigados a agir com lealdade e boa-fé e prestar informações completas e verídicas sobre todas as questões envolvendo a formação e a execução do contrato.

22.10 As condições particulares do Seguro prevalecem sobre as especiais, e estas, sobre as gerais.

23.1 Os direitos e obrigações decorrentes deste Seguro estão sujeitos aos prazos de prescrição estabelecidos pela legislação vigente. A contagem dos prazos observará os marcos legais definidos, considerando a natureza da pretensão e as partes envolvidas na legislação vigente.

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 da Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A.

24.2 O ressarcimento 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 de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica

25. FORO

25.1 O foro competente para as ações de Seguro é o do domicílio do segurado ou do beneficiário, salvo se eles ajuizarem a ação optando por qualquer domicílio da seguradora ou de agente dela.

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.

Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A.
CNPJ: 87.376.109/0001-06