SEGURO VIDA VAN GOGH

CONDIÇÕES GERAIS

Processo SUSEP:
15414.000273/2011-21
CNPJ: 87.376.109/0001-06

Santander Van Gogh

SEGURO
VIDA VAN GOGH

Condições Gerais

Versão 07/2017

Processo SUSEP: 15414.000273/2011-21

CNPJ: 87.376.109/0001-06

Santander Van Gogh

SEGURO VIDA VAN GOGH
CONDIÇÕES GERAIS

ÍNDICE

1. DEFINIÇÕES 3
2. OBJETIVO DO SEGURO 6
3. COBERTURAS DO SEGURO 7
4. RISCOS EXCLUÍDOS 20
5. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO 21
6. VIGÊNCIA E EXTINÇÃO DO SEGURO INDIVIDUAL 23
7. CAPITAL SEGURADO 25
8. CARÊNCIA 25
9. PAGAMENTO DO PRÊMIO 26
10. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS 27
11. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO 27
12. JUROS DE MORA 28
13. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO 29
14. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS 29
15. PERDA DE DIREITOS 32
16. RECÁLCULO DO PRÊMIO 33
17. DO ESTIPULANTE 33
18. DISPOSIÇÕES GERAIS 34
19. PRESCRIÇÃO 35
20. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS 35
21. FORO 35

Santander Van Gogh

SEGURO VIDA VAN GOGH
CONDIÇÕES GERAIS

A Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A. designada seguradora, e o Banco Santander S.A, designado estipulante, contratam o **Seguro Vida Van Gogh,** nas condições que se seguem:

1. DEFINIÇÕES

A

Acidente pessoal: o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como 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, 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 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; **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; **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; e **b.4.** as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido em acidente pessoal.

Apólice: é o documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante do seguro.

B

Beneficiário: é a pessoa física ou jurídica designada a receber o valor do capital segurado, na hipótese de ocorrência do sinistro com regular cobertura nas condições firmadas para o seguro.

Santander Van Gogh

SEGURO VIDA VAN GOGH
CONDIÇÕES GERAIS

C

Capital Segurado: é o valor máximo para a cobertura contratada, definido no certificado individual de seguro, a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto.

Carência: é o período em que a seguradora não tem responsabilidade e não indenizará os eventos garantidos pelo seguro, contado a partir do início de vigência do Seguro Individual.

Certificado Individual: é o documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio. Este documento contém informações particulares do seguro, coberturas contratadas, capitais segurados, prêmios, vigência e beneficiários.

Coberturas: são as garantias contratadas pelo segurado e concedidas pela seguradora, para pagamento dos eventos indenizáveis estabelecidos nestas condições gerais.

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

Corretor de Seguros: é o profissional autônomo, pessoa natural ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) para intermediar e promover contratos de seguros, de acordo com a Lei nº 4.594/2164 e no Decreto-lei nº 73/1966. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do seu número de registro na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), nome completo, CNPJ ou CPF.

D

Doenças, lesões, sequelas, e acidentes preexistentes: são sequelas e doenças contraídas ou manifestadas, ou ainda, acidente sofrido pelo segurado anteriormente a contratação do seguro, de conhecimento do Proponente na data da contratação do seguro e não declaradas na proposta de adesão

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

E

Endosso: é o documento expedido pela seguradora, durante a vigência do contrato, que formaliza toda e qualquer alteração das condições do seguro, tal como modificação de dados, sem contudo alterar a cobertura básica do mesmo. Uma vez anexado às condições do seguro, o endosso prevalece sobre as condições inicialmente contratadas.

Estipulante: é a pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros em nome dos segurados, representando-os perante a seguradora.

Santander Van Gogh

SEGURO VIDA VAN GOGH
CONDIÇÕES GERAIS

Evento: é o acontecimento futuro, incerto e imprevisto.

G

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

Grupo Segurável: é constituído pelas pessoas físicas ligadas ao estipulante, respeitado o limite de idade estabelecido nestas condições gerais.

I

Indenização: é o valor a ser pago pela seguradora na ocorrência do sinistro coberto, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

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, consequente de acidente pessoal.

P

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

Prêmio: é o valor a ser pago pelo segurado à seguradora 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: é o interessado em contratar este seguro e suas coberturas.

Proposta de Adesão: é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, relativa às coberturas previstas neste seguro, manifestando pleno conhecimento das condições gerais do mesmo.

R

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

Risco coberto: é um evento incerto, aleatório, possível, concreto, lícito e fortuito, causador de dano material ou corporal que gere um prejuízo ou uma necessidade econômica, o qual será assumido pela seguradora mediante o pagamento do prêmio por parte do segurado, desde que previsto nas condições gerais do seguro.

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

S

Segurado Principal: é a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro, depois que a proposta de adesão for regularmente aceita pela seguradora.

Segurado Dependente: é o 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, a qual garante os riscos especificados no contrato de seguro aqui, a Zurich Santander Brasil Seguros e Previdência S.A.

Sinistro: é a ocorrência de evento coberto, durante o período de vigência do seguro.

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

V

Vigência do Seguro: é o prazo de duração da apólice mestre emitida em favor do Estipulante.

Vigência do seguro individual: é o prazo de duração do seguro contratado, para cada Segurado, expresso no certificado individual.

2. OBJETIVO DO SEGURO

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

3. COBERTURAS DO SEGURO

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

3.1. 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.

3.2. Indenização Adicional por Morte Acidental: garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado correspondente a 100% (cem por cento) do estabelecido para a cobertura Morte, em caso de morte do segurado consequente, 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. 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 sequela 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.

3.3.1. Tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente total 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 INVALIZ 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
Cabeça e Pescoço	
- 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 mínimo	10
- 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
- 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 ⅓ 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 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 ½ e dos demais dedos, equivalente a ⅓ 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
Aparelho fonador	
- 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
- 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. 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.

3.3.3. 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.

3.3.4. 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.

3.3.4.1. 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 pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

3.3.4.2. 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.

3.3.5. No caso de Invalidez Parcial, a indenização é calculada pela aplicação da percentagem prevista na tabela constante da cláusula 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.

3.3.7. 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.

3.3.8. 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.

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

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

3.3.11. 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 consequente devolução de valores eventualmente pagos após a data de reconhecimento da invalidez, devidamente atualizados conforme cláusula 11.

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

3.4. Doenças Graves: Garante ao segurado, o pagamento correspondente a 10% (dez por cento) do Capital Segurado estabelecido para a cobertura Morte, e 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 **3.4.2.**, 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, contado a partir do início de vigência individual do seguro, observadas as condições aqui estabelecidas.

3.4.1. Para cobertura e caracterização das doenças relacionadas no item **3.4.2.**, 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.

3.4.2. 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 primarias 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 York Heart 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 sequela neurológica definitiva.

Riscos Cobertos:
Estão cobertos os portadores de sequelas 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, Angioressonãncia 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 clinico 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 clínica 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 – INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Definição:
A Insuficiência Renal Crônica é uma doença que se caracteriza por 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).

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

3.4.4. 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.

3.4.5. Em caso de dúvida quanto ao reconhecimento da ocorrência de uma das doenças previstas no item **3.4.2.**, 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.

3.4.5.1. 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 das mesmas.

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

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

3.4.5.4. No caso de discordância sobre a causa, natureza ou extensão de uma das doenças previstas no item **3.4.2.**, 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.

3.4.5.5. 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.

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

3.4.7. Para as doenças descritas na cláusula **3.4.2.**, além de respeitar o período de carência e as demais condições do seguro, o segurado somente terá direito à indenização por Doenças Graves, se, sobreviver após 60 (sessenta) dias, contados a partir da data do diagnóstico da doença.

3.5. 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.

3.5.1. 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.

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

3.5.3. 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.

3.5.4. 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.

3.5.4.1. 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.

3.5.4.2. 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.

3.5.5. Reconhecida a Doença Terminal pela seguradora, a indenização correspondente a 10% (dez por cento) do capital contratado para a cobertura Morte, será paga de uma única vez e o segurado será mantido no seguro, com a consequente cobrança do prêmio referente às demais coberturas.

3.5.6. 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.

3.6. 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 por causas naturais ou acidentais, **exceto se decorrente de riscos excluídos**, observadas as demais cláusulas destas condições gerais.

3.6.1. Para que o segurado tenha direito a esta garantia, no caso de morte por causa naturais, deverá ser respeitado o período de carência de 60 (sessenta) dias, corridos, contados a partir da data de contratação do seguro.

3.6.2. O plano disponibilizado aos segurados, será o Plano Familiar, que garante o auxílio funeral em caso de morte do segurado, cônjuge e filhos;

3.6.3.Para ser elegível ao seguro, o Segurado Dependente deverá:

a. **Cônjuge: ter até 65 (sessenta) 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.**

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

3.6.4. 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 de uma funerária, paramentos funerários, mesa de condolências, velório, registro de óbito e carro funerário.

3.6.5. 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.

3.6.6. 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.

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

3.6.8. 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.

3.6.9 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.

3.6.10. 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.

3.6.11. 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.

3.6.12. O valor da indenização da garantia de Auxílio Funeral, conforme definido no certificado individual, será o mesmo para cada membro da família.

Riscos Excluídos:

3.6.13. 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 sessenta dias de vigência inicial do contrato de seguro;**

b. **morte consequente de inundações, furacão, erupção vulcânica, tempestades, terremotos, movimentos sísmicos;**

c. **morte consequente da ocorrência de irradiação decorrente de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade, bem como casos de força maior;**

d. **traslado do corpo para cremação desde a localidade do evento até ouro 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 garantias deste seguro, e, portanto, a seguradora não indenizará, os eventos ocorridos em consequência:

a. de doenças, lesões, acidentes ou sequelas preexistentes à inclusão do segurado no presente seguro, não declarados na proposta de adesão e de conhecimento do segurado e/ou estipulante;

b. de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;

c. de suicídio ou da tentativa de suicídio, se ocorridos nos primeiros dois anos de vigência inicial do contrato de seguro;

d. 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;

e. 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 consequente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem.

f. de epidemias, endemias declaradas por órgão competente;

4.2. Estão expressamente excluídos das coberturas de 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 (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 ferimentos visíveis;

d. de intercorrência 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 gazes 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 auxilio de outrem.

5. ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO

5.1. Os componentes do grupo segurável poderão ser incluídos no seguro mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão ao seguro pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros, bem como após a entrega de todos os documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

5.1.1. A seguradora fornecerá ao proponente, ao seu representante legal ou ao corretor de seguros, o protocolo de recebimento da proposta de adesão, contendo a data e hora do recebimento da mesma.

5.1.2. Para ingresso no seguro, a idade mínima é de 14 (quatorze) anos e a máxima de 65 (sessenta e cinco) anos completos, na data da entrega da proposta de adesão ao seguro, desde que os proponentes se encontrem em perfeito estado de saúde física e mental e em plena atividade laborativa.

5.2. A partir do recebimento da proposta de adesão ao seguro pela seguradora, iniciar-se-á o prazo de 15 (quinze) dias para a seguradora manifestar-se sobre a proposta.

5.2.1. O simples recebimento do prêmio não implica em aceitação do seguro por parte da seguradora.

5.2.2. A solicitação de documentos complementares para a análise e a aceitação do risco poderá ser efetuada uma única vez, durante o prazo previsto no item **5.2.**

5.2.3. No caso de solicitação de documentos complementares, o prazo previsto no item **5.2.**, ficará suspenso, voltando a correr na data em que se efetivar a entrega de toda a documentação.

5.2.4. A cada segurado incluído no seguro e a cada renovação será enviado um certificado individual de seguro. O prazo para emissão do certificado individual é de 15 (quinze) dias corridos, contados a partir da data de aceitação da proposta de adesão.

5.2.5. Caso ocorra algum sinistro coberto durante o prazo previsto no item **5.2.**, estando o risco proposto dentro das condições normais de aceitação da seguradora, a indenização devida será paga.

5.3. No caso da não aceitação da proposta de adesão ao seguro, a seguradora deverá, no prazo de 15 (quinze) dias previsto no item **5.2.**, comunicar por escrito ao proponente, ao seu representante ou ao seu corretor de seguros, justificando a recusa. O seguro estará automaticamente aceito caso a seguradora não manifeste a recusa da proposta por escrito ao proponente, ao seu representante legal ou ao corretor de seguros no prazo previsto no item **5.2.**

5.4. O seguro será renovado automaticamente por uma única vez, salvo manifestação prévia, em contrário do segurado, do estipulante ou da seguradora no mínimo 60 (sessenta) dias antes do final de vigência do certificado individual.

5.5. O estipulante poderá efetuar a renovação expressa do seguro, quando não implicar em ônus ou dever para os segurados, **independente do número de renovações**.
5.5.1. Caso haja na renovação da apólice coletiva, alteração da apólice que implique em ônus ou dever dos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ (três quartos) do grupo segurado.

5.6. Será facultado ao segurado o direito de arrependimento da contratação do seguro por um novo período, no prazo de 7 (sete) dias a contar do início de vigência da contratação deste seguro indicada no certificado individual.

5.6.1. Nesta hipótese, serão devolvidos todos os valores relativos ao prêmio pago, devidamente corrigidos conforme a cláusula 11.

5.7. As condições gerais do seguro estarão à disposição do proponente, ou de seu representante legal, previamente à contratação do seguro.

6. VIGÊNCIA E EXTINÇÃO DO SEGURO INDIVIDUAL

6.1. Seguro Individual:

6.1.1. O seguro individual vigorará pelo prazo de 1 (um) ano, com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas no certificado individual.

6.1.1.1. Os contratos de seguro cujas propostas forem recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a partir da data de aceitação da proposta de adesão pela seguradora ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes;

6.1.1.2. Os contratos de seguro cujas propostas forem recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência do seguro a partir da data de recepção da proposta de adesão pela seguradora;

6.1.1.3. O final de vigência especificado no certificado individual não poderá, em qualquer hipótese, ultrapassar a vigência da apólice mestra."

6.1.2. O seguro individual será extinto nas seguintes situações:

a. Com a morte do segurado ou com o pagamento da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente;

b. por solicitação do segurado, mediante comunicação por escrito, com aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias;

c. se o prêmio do seguro não for pago no prazo previsto no subitem 10.2., da cláusula 10 "SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS";

d. se o segurado 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 contrato, simulando ou provocando sinistro ou ainda agravando as consequências do mesmo para obter indenização ou dificultar a sua elucidação;

e. se o segurado agir de má fé e não fizer declarações verdadeiras e completas, omitir circunstâncias do seu conhecimento que possam influir na aceitação, na taxação ou no conhecimento exato e caracterização do risco;

f. na hipótese de qualquer descumprimento das obrigações convencionadas no presente contrato;

g. com o cancelamento ou final de vigência sem renovação da apólice mantida entre estipulante e a seguradora, respeitado o período correspondente ao prêmio pago pelo segurado;

h. com o cancelamento do contrato de seguro em razão das circunstâncias definidas nas alíneas "d" e "e", implicando na perda do direito ao recebimento de qualquer restituição de prêmio e indenização;

i. com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante, e desde que o estipulante não permita a manutenção do segurado no plano;

j. findo o prazo de vigência do seguro individual, sem que o mesmo tenha sido renovado.

k. com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o dependente;

l. para os filhos ou enteados, caso deixem de ser considerados dependentes seja qual for a causa, ou independente da data de contratação ao seguro ao atingir a idade de 21 (vinte e um) anos de idade ou 24 (vinte e quatro) anos de idade se universitário.

6.1.3. Cancelado o seguro, as coberturas só poderão ser reabilitadas mediante o preenchimento de nova proposta de adesão e análise de aceitação por parte da seguradora.

6.2. Apólice Mestra:

6.2.1. A apólice vigorará pelo prazo de 5 (cinco) anos, contados da data de sua contratação, sendo renovada automaticamente ao final do período, limitado a uma renovação automática.

6.2.2. As renovações posteriores da apólice coletiva serão feitas de forma expressa entre o estipulante e a seguradora, desde que não implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

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

6.2.4. Terminada a vigência da apólice, esta poderá ou não ser renovada pela seguradora ou estipulante, mediante aviso prévio e expresso de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

6.2.5. No caso de não renovação da apólice coletiva, as condições contratuais terão sua vigência estendida, pelo estipulante e pela seguradora, até a extinção de todos os riscos cobertos relativos aos prêmios já pagos.

6.2.6. A apólice mestra será extinta nas seguintes situações:

a. A qualquer momento de sua vigência, em decorrência de acordo específico firmado entre a seguradora e o estipulante, desde que haja anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ (três quartos) do grupo segurado;

b. pelo descumprimento de quaisquer das cláusulas estabelecidas nestas condições gerais e no Contrato.

c. se houver a caracterização de dolo ou prática de fraude por parte do estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência da apólice;

6.2.6.1. cancelado o seguro, as coberturas somente poderão ser reabilitadas mediante o preenchimento de nova proposta de seguro e análise de aceitação por parte da seguradora.

7. CAPITAL SEGURADO

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

a. no caso de morte do segurado, a data do acidente quando decorrente de acidente pessoal ou a data da morte nos demais casos;

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 **3.4.**;

d. no caso de Doença Terminal, a data da Declaração Médica, de acordo com o item **3.5.3.**

7.2. 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.

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

8. CARÊNCIA

8.1. O segurado somente terá direito à cobertura securitária, após cumprido o período de carência de 60 (sessenta) dias, exceto para Doença Terminal, cuja carência será de 180 (cento e oitenta) dias.

8.2. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou na sua tentativa que será de 2 (dois) anos, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo certificado.

8.3. A carência terá início a partir do início de vigência do seguro individual.

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

9. PAGAMENTO DO PRÊMIO

9.1. O presente seguro será contributário, ou seja, 100% (cem por cento) do prêmio será pago pelos Segurados.

9.2. O pagamento do prêmio será mensal.

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

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

9.4. Reajuste por Idade

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

9.4.2. 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.

9.4.3. 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.

9.4.3.1. 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%

10. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS

10.1. A falta de pagamento do prêmio até a data do vencimento não acarretará a suspensão automática das coberturas e consequentemente não haverá reabilitação.

10.2. O prazo de tolerância para pagamento é de 3 (três) meses. Tendo se esgotado o prazo de tolerância de três meses sem que tenha sido retomado o pagamento dos prêmios, ocorrerá o cancelamento do seguro.

10.3. Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, limitado ao prazo previsto no item 10.2 acima, com a consequente cobrança de prêmio devido.

11. ATUALIZAÇÃO DOS VALORES DO SEGURO

11.1. As obrigações pecuniárias do seguro, listadas nos itens **11.1.1.** a **11.1.5.**, sujeitam-se à atualização monetária pelo IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado – da Fundação Getúlio Vargas.

11.1.1. A atualização monetária das obrigações pecuniárias será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade e o publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

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

11.1.3. No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores serão devolvidos ao segurado, devidamente atualizados desde a data de recebimento pela seguradora, que é a data de exigibilidade.

11.1.4. No caso de cancelamento do contrato, os valores a serem devolvidos serão atualizados monetariamente a partir da solicitação de cancelamento ou da data do efetivo cancelamento, que é a data de exigibilidade, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.

11.1.5. Na hipótese de não pagamento da indenização no prazo previsto na cláusula **14**, item **14.1.5.**, destas Condições Gerais, o valor devido será atualizado monetariamente a partir da data de ocorrência do evento, conforme cláusula **7**.

11.2. Os capitais segurados e seus correspondentes prêmios sujeitam-se à atualização monetária pelo IGP-M/FGV – Índice Geral de Preços para o Mercado – da Fundação Getúlio Vargas.

11.2.1. A atualização monetária dos capitais segurados e seus correspondentes prêmios será efetuada com base na variação acumulada dos últimos doze meses, na forma da publicação procedida nos 2 (dois) meses imediatamente anteriores ao do aniversário do risco individual.

11.3. 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.

11.4. 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 com os demais valores do contrato.

12. JUROS DE MORA

12.1. O não-cumprimentos das obrigações pela seguradora e pelo estipulante ora previstas, os sujeitarão aos juros de mora de 0,5% (meio por cento) ao mês, mais a atualização monetária prevista na cláusula **11**.

12.2. Os juros de mora serão aplicáveis a partir do primeiro dia posterior ao término dos prazos fixados nestas condições gerais.

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

13. BENEFICIÁRIOS DO SEGURO

13.1. Na garantia de Morte e Morte Acidental, o segurado poderá indicar, livremente e a qualquer tempo, os beneficiários que desejar, ressalvadas as restrições legais.

13.2. 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 ou Morte Acidental, o capital segurado será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária.

13.2.1. O companheiro poderá ser indicado como beneficiário se, no ato da contratação do seguro, o segurado principal era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

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

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

13.5. 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.

14. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

14.1. Em caso de ocorrência de sinistro que possa vir a ser indenizável por este contrato, deverá o segurado, ou quem suas vezes fizer, sob pena de perder o direito à indenização:

14.1.1. Comunicar o sinistro imediatamente à seguradora pelas vias mais rápidas ao seu alcance, sem prejuízo da comunicação por escrito, através do preenchimento e entrega do formulário denominado “Aviso de Sinistro”.

14.1.2. Registrar a ocorrência do sinistro junto às autoridades competentes, observada a relação disposta no item **14.5.**, destas condições gerais.

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

14.1.4. Além dos documentos citados no item **14.5.**, destas condições gerais, para cada garantia, a seguradora poderá solicitar documentos complementares, em caso de dúvida fundada e justificável.

14.1.5. O prazo máximo para pagamento da indenização será de até 30 (trinta) dias, contados da data em que a seguradora receber todos os documentos básicos, previstos no item **14.5.**, destas condições gerais.

14.1.6. Será suspensa a contagem do prazo, no caso de solicitação de nova documentação complementar, voltando a correr o prazo a partir do dia útil subsequente à entrega de toda a documentação solicitada, conforme previsto no item **14.1.5.**

14.1.7. O não pagamento da indenização no prazo previsto no item **14.1.5.**, implicará na aplicação de juros de mora, de acordo com a cláusula **12**, sem prejuízo de sua atualização de acordo com a cláusula **11**.

14.2. Para o recebimento da indenização, deverá o segurado e/ou beneficiários prestar toda a assistência que se fizer necessária e provar satisfatoriamente a ocorrência do sinistro, bem como relatar todas as circunstâncias relacionadas ao sinistro, sendo facultado à seguradora a adoção de medidas tendentes à plena elucidação do fato.

14.3. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos necessários correrão por conta do segurado, salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

14.4. 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.

14.5. Documentos necessários para a liquidação dos sinistros:

Legenda:

MN – Morte Natural do Segurado
MA – Morte por Acidente do Segurado
IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Segurado
DG – Doenças Graves
DT – Doença Terminal
AUX- Auxílio Funeral

	DOCUMENTOS PRINCIPAIS	**MN**	**MA**	**IPA**	**DG**	**DT**	**AF**
SEGURADO	Formulário original de Aviso de Sinistro de acordo com a causa do sinistro.	X	X	X	X	X	
	Cópia autenticada do RG do Segurado sinistrado	X	X	X	X	X	
	Cópia autenticada do CPF do Segurado sinistrado	X	X	X	X	X	
	Cópia autenticada da Certidão de Óbito	X	X				
	Cópia autenticada da Certidão de Nascimento	X	X				
	Comprovantes originais de despesas realizadas com funeral						X
	Cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada pós-óbito	X	X				
	Cópia autenticada da Declaração de convivência marital firmada em cartório com assinatura de três testemunhas e firmas reconhecidas (se vivia com alguém)	X	X				

	Cópia simples de comprovante de endereço (do Segurado sinistrado)	X	X	X	X	X	
	Cópia autenticada da CNH do Segurado sinistrado (caso o mesmo tenha sido condutor)		X	X			
	Cópia autenticada do Boletim Ocorrência Policial (quando a morte ocorrer na residência para MNP e MNC)	X	X	X			
	Cópia Autenticada da declaração pública de três testemunhas informando quantos e quais são os herdeiros do Segurado (se houver)	X	X				
	Cópia autenticada do CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho) para o caso de acidente na empresa		X	X			
	Cópia autenticada do Laudo Cadavérico do Instituto Médico Legal	X	X				
	Cópia autenticada do Laudo de Serviços de Verificação de Óbito (se a morte ocorreu em domicílio ou de causas desconhecidas)	X	X				
	Cópia autenticada de laudos e exames médicos pertinentes à doença que vitimou o segurado sinistrado	X			X	X	
	Cópia autenticada do Laudo de Levantamento do Local de Acidente elaborado pelo Instituto de Criminalística (se houver)		X	X			
	Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico		X	X			
	Cópia autenticada do resultado do Exame de Dosagem Alcoólica		X	X			
	Original do RX das lesões e exames realizados			X			
	Exames médicos da época da constatação da doença (Informando o comprometimento da autonomia funcional do segurado)			X	X		
BENEFICIÁRIO	Cópia autenticada do RG dos Beneficiários (Inclusive para menor de idade)	X	X				
	Cópia autenticada do CPF dos Beneficiários	X	X				
	Cópia Simples do comprovante de endereço dos Beneficiários	X	X				
	Cópia autenticada do RG do Segurado principal	X	X				
	Cópia autenticada do CPF do Segurado principal	X	X				
	Cópia simples do comprovante de endereço do Segurado principal	X	X				
	Cópia autenticada da Certidão de Nascimento	X	X				
	Cópia autenticada da Certidão de óbito (no caso de Beneficiário falecido)	X	X				
	Autorização original para pagamento de sinistro mediante crédito em conta corrente por beneficiário	X	X				

15. PERDA DE DIREITOS

15.1. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

15.2. Se o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

15.2.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

15.2.1.1. Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a. cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido;

b. mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, após a cobrança da diferença de prêmio cabível ou restringir a cobertura contratada.

15.2.1.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

a. cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, e reter do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido;

b. mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, após a cobrança da diferença de prêmio cabível, ou deduzir esta diferença do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário, ou restringir a cobertura contratada para riscos futuros.

15.2.1.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado:

a. cancelar o seguro, após o pagamento da indenização e deduzir do valor a ser pago, a diferença de prêmio cabível.

15.3. O segurado está obrigado a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

15.3.2. O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

16. RECÁLCULO DO PRÊMIO

16.1 A Seguradora se reserva o direito de recalcular 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.

16.2 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.

16.3. Qualquer modificação em apólice vigente dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

17. DO ESTIPULANTE

17.1. Obrigações do estipulante

17.1.1. Fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais.

17.1.2. Manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido nas condições gerais do seguro contratado.

17.1.3. Informar mensalmente à seguradora a relação individual dos segurados elegíveis ao seguro.

17.1.4. Fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro.

17.1.5. Repassar os prêmios à seguradora. Caso esse repasse não seja efetuado, os segurados não perdem o direito à indenização em caso de sinistro coberto.

17.1.6. Repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes ao seguro.

17.1.7. Discriminar a razão social da seguradora, nos documentos e comunicações referentes aos seguros, objeto deste contrato.

17.1.8. Avisar à seguradora, tão logo tenha conhecimento da ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro.

17.1.9. Dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação dos sinistros.

17.1.10. Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado.

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

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

17.2. É expressamente vedado ao estipulante:

17.2.1. Cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela seguradora.

17.2.2. Rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

17.2.3. Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quando ao seguro que será contratado.

17.2.4. Vincular a contratação do seguro objeto destas condições gerais a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

17.3. Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao estipulante, constará do certificado individual, o percentual e valor deste pagamento, sendo o segurado informado sobre qualquer alteração que houver.

18. DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte desta Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

18.2. Para os casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

18.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF..

18.4. Mediante a contratação do seguro, o segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas dos seus direitos que se encontram ressaltadas em negrito no texto destas condições gerais.

18.5. Na hipótese de rescisão do contrato de seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

18.6. Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá de anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.

18.7. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

19. PRESCRIÇÃO

19.1. O direito do segurado e/ou beneficiário em pleitear indenização junto à seguradora prescreve nos prazos previstos em lei.

20. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS

20.1. O presente seguro cobre sinistros ocorridos em qualquer parte do globo terrestre ou território nacional, 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. (atual denominação social da Santander Seguros S/A).

21. FORO

21.1. O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente seguro entre o segurado, beneficiário e a seguradora será sempre o foro de domicílio do segurado ou beneficiário, conforme o caso.

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