

UNIÃO SEGURADORA S/A

VIDA E PREVIDÊNCIA

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE VIDA EM GRUPO

Porto Alegre, outubro de 2013.

SUMÁRIO

1	Objetivo do Seguro	3
2	Definições	3
3	Garantias do Seguro	9
4	Riscos Excluídos	12
5	Âmbito Geográfico da Cobertura	13
6	Modalidades de Capital Segurado	13
7	Carência	14
8	Franquia	14
9	Inclusão no Seguro e Aceitação do Seguro	14
10	Cobertura Suplementar para Segurados Dependentes	15
11	Menores de 14 Anos	16
12	Agravamento do Risco	17
13	Vigência e Renovação do Seguro	17
14	Pagamento do Prêmio	18
15	Atualização do(s) Capital(is) Segurado(s) e Prêmio(s)	19
16	Recálculo de Taxa	20
17	Suspensão do Segurado e das Coberturas	20
18	Reabilitação das Coberturas	21
19	Beneficiários	21
20	Perda do Direito à Indenização	22
21	Cancelamento do Seguro	23
22	Cessação da Cobertura Individual	24
23	Data do Evento	25
24	Documentos Básicos para Regulação de Sinistros	25
25	Comunicação e Liquidação de Sinistros	28
26	Excedente Técnico	30
27	Obrigações do Estipulante/Subestipulante	31
28	Regime Financeiro	32
29	Alterações Contratuais	32
30	Material de Divulgação	32
31	Aplicabilidade das Condições Gerais	32
32	Mora	32
33	Foro	33
34	Disposições Finais	33
	ANEXO - IAIF	35

1 OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1 Este Seguro tem por objetivo garantir, dentro dos limites e sob as Condições Gerais, a seguir enumeradas, Especiais e/ou o Contrato, expressamente convencionadas, o pagamento de uma indenização ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, desde que respeitadas as Condições Contratuais e **não decorrentes de riscos excluídos**.

2 DEFINIÇÕES

- 2.1 **Aceitação:** é o ato de aprovação, após análise do risco proposto, pela Seguradora, da Proposta de Contratação, efetuada pelo Estipulante, ou da Proposta de Adesão, efetuada pelo Proponente Individual, para a cobertura de determinado(s) risco(s) e que servirá de base para a emissão da Apólice e/ou do Certificado Individual.

- 2.2 **Acidente Pessoal:** é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, observando-se que:

2.2.1 **Incluem-se nesse conceito:**

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

2.2.2 **Excluem-se desse conceito:**

- a) as doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as 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) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as 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 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

- d) 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.
- 2.3 **Aditivo:** são as alterações efetuadas na Proposta de Contratação que, após assinatura do Estipulante/Subestipulante e o Corretor, será efetuado o endosso na Apólice.
- 2.4 **Agravação de Risco:** circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora, independente ou não da vontade do Segurado.
- 2.5 **Âmbito Geográfico de Cobertura:** é a delimitação física da(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.
- 2.6 **Apólice:** é o documento que formaliza a aceitação, pela Seguradora, da cobertura proposta pelo Proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos. É o instrumento do contrato de seguro pelo qual o Segurado repassa à Seguradora a responsabilidade sobre os riscos, estabelecidos na mesma, que possam advir.
- 2.7 **Aviso de Sinistro:** é a comunicação da ocorrência de um evento (sinistro) que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que dele tenha conhecimento. Pode-se dizer que é a comunicação oficial à Seguradora da ocorrência do Sinistro, sua natureza e gravidade.
- 2.8 **Beneficiário:** é a pessoa designada pelo Segurado para receber a indenização em caso de ocorrência de evento coberto contratado. O Segurado poderá designar, caso não exista impedimento legal, mais de um Beneficiário.
- 2.9 **Boletim de Ocorrência (BO):** documento emitido pela Polícia que relata as circunstâncias de acidentes ocorridos, ou registra o roubo/furto de bens do Segurado.
- 2.10 **Cancelamento:** título de cláusula constante das Condições Gerais dos seguros, que regula a rescisão do contrato, quer pelo Segurado, quer pela Seguradora.
- 2.11 **Capital Segurado:** é a importância máxima paga pela Seguradora ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) em função do valor estabelecido para cada garantia contratada, vigente na data do evento.
- 2.12 **Carência:** é o período contínuo de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, **durante o qual o Segurado não terá direito à integralidade da(s)**

garantia(s) contratual(is), sendo inexistente em caso de acidente pessoal. Ver item 7.

- 2.13 **Certificado Individual:** é o documento emitido pela Seguradora que formaliza a aceitação ou renovação do Seguro, informa o prazo de vigência da cobertura individual, o valor do Capital Segurado e o prêmio total do Seguro.
- 2.14 **Condições Contratuais:** é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e do Contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.
- 2.15 **Condições Especiais:** é o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de coberturas que podem ser contratadas dentro de um mesmo Plano de Seguro.
- 2.16 **Condições Gerais:** são as cláusulas que regem um mesmo plano de Seguro, estabelecendo os direitos e deveres do Segurado, da Seguradora, dos beneficiários e do Estipulante.
- 2.17 **Consignante:** é a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento, em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios a serem pagos pelos Segurados.
- 2.18 **Contrato:** 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 obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos Beneficiários.
- 2.19 **Corretor:** é o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na SUSEP para intermediar e promover Contratos de Seguro, conforme definido no Decreto-Lei nº 73/1966 e na Lei nº 4.594/1964.
- 2.20 **Culpa Grave:** termo utilizado para expressar forma de culpa que mais se aproxima do dolo, motivada por negligência ou imprudência grosseira, sendo que, apesar de a ação resultar em consequências sérias ou mesmo trágica, não houve, por parte do agente, a intenção clara de obter o resultado, embora tivesse assumido a possibilidade da sua realização.
- 2.21 **Declaração Pessoal de Saúde e Atividades:** é o questionário integrante da Proposta de Adesão, **que deverá ser respondido de próprio punho pelo Proponente**, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde atual e passado, bem como sua principal ocupação e/ou atividade e profissão.
- 2.22 **Doença:** é o evento decorrente da perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, **não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.**
- 2.23 **Doenças, Lesões e/ou Deficiências Preexistentes e suas Consequências:** são as

doenças, lesões e/ou deficiências, inclusive congênitas, que comprometam a função orgânica ou coloquem em risco a saúde do Segurado, direta ou indiretamente por suas conseqüências, em relação à qual este tenha conhecimento ou tenha recebido tratamento clínico ou cirúrgico, anteriormente à contratação deste Seguro ou à sua renovação, e que não tenha sido declarada na Proposta de Adesão. A preexistência de doenças ou lesões poderá ser constatada pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

- 2.24 **Dolo:** intenção de praticar um mal que é considerado crime, seja por ação ou por omissão, ou ainda, vício de consentimento caracterizado na intenção de prejudicar ou fraudar outrem.
- 2.25 **Endosso:** é o documento expedido pelo Segurador, durante a vigência do contrato/apólice, pelo qual este e o segurado acordam quando a alteração de dados, modificam condições ou objetos da apólice ou o transferem a outrem.
- 2.26 **Estipulante:** é a pessoa natural ou jurídica que administra a Apólice e representa os Segurados perante a Seguradora, tendo suas obrigações definidas nas Condições Gerais do Seguro.
- 2.27 **Evento Coberto:** é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pela(s) garantia(s) abrangida(s) pelo Seguro.
- 2.28 **Excedente Técnico:** saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma Apólice Coletiva, em determinado período.
- 2.29 **Formulário de Aviso de Sinistro:** é o documento pelo qual é feita a comunicação de sinistro à Seguradora.
- 2.30 **Franquia:** é a parte do risco, determinada em valor, dias ou percentagem, que fica a cargo do Segurado, e cujo montante será fixado no Contrato.
- 2.31 **Garantias:** são as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto contratado.
- 2.32 **Grupo Segurado:** é constituído pelos componentes do Grupo Segurável que tenham sido aceitos como Segurados, desde que já tenha iniciado a vigência da cobertura individual.
- 2.33 **Grupo Segurável:** é o conjunto de pessoas que mantém vínculo com o Estipulante.
- 2.34 **Incapacidade:** é a perda total, temporária ou permanente da capacidade para exercer a atividade principal declarada na Proposta de Adesão, decorrente de doença ou acidente pessoal cobertos.

- 2.35 **Indenização:** é o valor devido pela Seguradora, ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), correspondente ao Capital Segurado, quando da ocorrência de evento coberto contratado, deduzido os valores referentes à carência e/ou franquia, quando houver.
- 2.36 **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- 2.37 **Invalidez Permanente:** é a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão.
- 2.38 **Liquidação do Sinistro:** é o pagamento da indenização propriamente dita, devida ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s) após a verificação da cobertura pela regulação do sinistro.
- 2.39 **Má-fé:** consciência da ilicitude na prática de um ato com finalidade de lesar direito de terceiro.
- 2.40 **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- 2.41 **Nota Técnica Atuarial:** é o documento, previamente protocolizado na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do Seguro.
- 2.42 **Parâmetros Técnicos:** a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.
- 2.43 **Prazo de Carência:** é o período, contado a partir da data do início de vigência do Seguro ou do aumento do Capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência de sinistro, o Segurado ou o(s) Beneficiário(s) não terá(ão) direito ao recebimento dos Capitais Segurados contratados.
- 2.44 **Prêmio de Seguro:** é o valor que o Segurado Principal e/ou Estipulante paga(m) à Seguradora, para que esta assuma a responsabilidade pela(s) garantia(s) contratada(s).
- 2.45 **Proponente:** é a pessoa que propõe sua adesão ao Seguro e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.
- 2.46 **Proposta de Adesão:** é o instrumento mediante o qual o Proponente expressa a intenção de participar do Seguro, especificando seus dados cadastrais, respondendo à Declaração Pessoal de Saúde e Atividades e manifestando pleno conhecimento e concordância com as regras estabelecidas nas respectivas Condições Contratuais.

- 2.47 **Proposta de Contratação:** é o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante expressa a intenção de contratar o Seguro, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.
- 2.48 **Reabilitação do Seguro:** é o restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão.
- 2.49 **Regime Financeiro de Repartição Simples:** é aquele em que os prêmios são fixados, num determinado período, de forma suficiente para cobrir as despesas estimadas com as indenizações neste mesmo período.
- 2.50 **Regulação de Sinistro:** é o exame, na ocorrência de um sinistro, das causas e circunstâncias para caracterização do risco ocorrido e, em face dessas verificações, se concluir sobre a sua cobertura, bem como se o segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.
- 2.51 **Reintegração do Capital Segurado:** é a recomposição do Capital Segurado após a liquidação do sinistro.
- 2.52 **Renda:** forma de indenização efetuada pela Seguradora e caracterizada como sendo uma série de pagamentos periódicos a que tem direito o(s) assistido(s).
- 2.53 **Risco:** é o evento incerto ou de data incerta que independente da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro. O risco é a expectativa de sinistro. Sem risco não pode haver contrato de seguro. É comum a palavra ser usada, também, para significar a coisa ou pessoa sujeita ao risco. O risco pode também ser definido como a incerteza com relação à perda, ou o risco é o objeto do seguro, configurando a probabilidade de um evento futuro atingir um bem que representa um interesse econômico para o Segurado.
- 2.54 **Riscos Excluídos:** são eventos preestabelecidos nas Condições Gerais do Seguro, que isentam a Seguradora de qualquer responsabilidade quanto à indenização oriunda destes eventos.
- 2.55 **Segurado:** é o Proponente efetivamente aceito pela Seguradora e incluído no Seguro.
- 2.56 **Segurado Dependente:** o cônjuge, os filhos, os pais, os irmãos e os demais dependentes considerados como tais pela legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, desde que não sejam seguráveis como Segurados Principais, quando incluídos no Seguro.
- 2.57 **Segurado Principal:** é a pessoa física habilitada a ser incluída na Apólice de Seguro e que mantenha vínculo com o Estipulante/Subestipulante.
- 2.58 **Seguradora:** empresa autorizada pela SUSEP a funcionar no Brasil e que, recebendo o prêmio, assume os riscos descritos no Contrato de Seguro.

- 2.59 **Seguro:** Contrato pelo qual o segurador se obriga, mediante pagamento do prêmio, a garantir o interesse legítimo do segurado, relativo a pessoa ou a coisa, contra riscos predeterminados.
- 2.60 **Sinistralidade:** número de vezes que os sinistros ocorrem e seus valores. Mede a expectativa de perda, que é imprescindível para estabelecer o prêmio estatístico ou o custo puro de proteção.
- 2.61 **Sinistro:** ocorrência de acontecimento previsto no contrato de seguro e que, legalmente, obriga a Seguradora a indenizar.
- 2.62 **Taxa:** elemento necessário à fixação das tarifas de prêmios, cálculos de juros, reservas matemáticas, etc. A taxa é uma percentagem fixa, que se aplica a cada caso determinado, estabelecendo a importância necessária ao fim visado.
- 2.63 **Vigência do Seguro:** é o período de tempo fixado para validade do seguro (ou cobertura). É o prazo que determina o início e o fim da duração das coberturas ou garantias contratadas.
- 2.64 **Vigência da Cobertura Individual:** é o período em que o Segurado está coberto pela(s) garantia(s) deste Seguro.

3 GARANTIAS DO SEGURO

- 3.1 As garantias do Seguro se dividem em Básica e Adicionais, sendo que o Seguro não pode ser contratado sem a garantia básica. Além destas garantias, temos também extensão destas para os Segurados Dependentes, conforme previsto nas Cláusulas Suplementares.
- 3.2 **Garantia Básica:** É a garantia que é obrigatória na contratação do Seguro de Vida em Grupo.
- 3.2.1 **Morte (MQC):** Garante ao(s) Beneficiário(s) o pagamento de uma indenização referente ao valor do Capital Segurado Contratado, na ocorrência de morte do Segurado, por causas naturais ou acidentais, ocorrida durante a vigência do Seguro.
- a) Menores de 14 anos:
- a.1) Para os menores de quatorze anos, esta garantia destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de documentos originais especificados, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que se incluem entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.
- 3.3 **Garantias Adicionais:** As Garantias Adicionais somente poderão ser contratadas se houver a contratação da garantia básica de Morte (MQC).

- 3.3.1 **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD):** Garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, limitado a 100% (cem por cento), da garantia de Morte (MQC) em caso de diagnóstico de doença, exclusivamente quando não se puder esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, e que cause a perda da Existência Independente do Segurado.
- a) A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, **que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.**
- b) Para fins desta garantia, **considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada** – segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada – de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, **provenientes exclusivamente de doença:**
- b.1) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b.2) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico;
- b.3) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
- b.4) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
- b.5) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- b.6) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- b.7) Deficiência visual decorrente de cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- b.8) Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- b.9) Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°;
- b.10) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições dos subitens anteriores b.7), b.8), b.9);

- b.11) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), **desde que atestado por profissional legalmente habilitado;**
- b.12) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
- b.13) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;
- b.14) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- c) Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos **desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF**, a ser fornecido pela Seguradora quando do aviso do sinistro, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
- c.1) O IAIF (Anexo) é composto por dois documentos, sendo que o primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo três graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).
- O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
- Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
- Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.
- d) **A invalidez funcional permanente deve ser comprovada através de declaração médica, podendo ser proposta pela Seguradora a constituição de junta médica, conforme item 25.6.**
- d.1) **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.**
- d.2) **A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para**

oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

- e) Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o Capital Segurado Contratado será pago em uma única vez.
- f) Consideram-se também como total e permanentemente inválidos os Segurados portadores de doença em fase terminal, atestada por profissional legalmente habilitado.

3.3.2 **Auxílio Alimentação (AA):** Esta garantia tem como objetivo o pagamento de um Auxílio Alimentação, por um período e valor determinado no Contrato, ao(s) beneficiário(s) do Segurado Principal em caso de sua morte.

O período a ser contratado para recebimento do Auxílio Alimentação está limitado ao máximo de doze meses.

3.3.3 **Auxílio Financeiro (AFin):** Esta garantia tem como objetivo o pagamento de um Auxílio Financeiro, por um período e valor determinado no Contrato, ao(s) beneficiário(s) do Segurado Principal em caso de sua morte.

O período a ser contratado para recebimento do Auxílio Financeiro está limitado ao máximo de doze meses.

4 RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 **Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste Seguro os eventos ocorridos em consequência:**

4.1.1 **de doenças e/ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão;**

4.1.2 **de ato doloso ilícito do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro;**

4.1.3 **de ato doloso ilícito praticado por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários ou seus representantes, para os Seguros contratados por Pessoa Jurídica;**

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

4.1.5 **de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;**

- 4.1.6 **de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;**
- 4.1.7 **de atos terroristas;**
- 4.1.8 **epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;**
- 4.1.9 **do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência individual, ou da sua recondução depois de suspenso; e**
- 4.1.10 **de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.**

- 4.2 **Além dos riscos mencionados no subitem 4.1, estão também expressamente excluídos da garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os eventos abaixo especificados:**
 - 4.2.1 **A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;**
 - 4.2.2 **Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e**
 - 4.2.3 **A doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.**

- 4.3 **Os riscos excluídos previstos nos itens 4.1.5 e 4.1.10 não se aplicam aos casos em que o acidente pessoal sofrido pelo Segurado 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.**

5 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 5.1 **As garantias com cobertura para morte, invalidez permanente e auxílios previstas no Seguro aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.**

6 MODALIDADES DE CAPITAL SEGURADO

- 6.1 **Na contratação do Seguro, deverá ser escolhida uma das modalidades de Capital**

Segurado, apresentadas abaixo:

- 6.1.1 **Uniforme:** O Capital Segurado é igual para todos os Segurados.
- 6.1.2 **Múltiplo Salarial:** O Capital Segurado é resultante da multiplicação do salário mensal do Segurado pelo fator contratado.
- 6.1.3 **Livre Escolha ou Variado:** Consiste na escolha do Capital Segurado pelo Estipulante ou pelo próprio Segurado, no ato da assinatura da Proposta de Adesão e/ou Contratação.

7 CARÊNCIA

- 7.1 O período de carência, quando previsto no Contrato, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou de sua recondução depois de suspenso.
- 7.2 Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses.
- 7.3 O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz o prazo de carência estabelecido nestas Condições Gerais.
- 7.4 Aumentos de Capital Segurado e subscrições posteriores serão distintas e independentes umas das outras, podendo ser estipulado pela Seguradora, prazos de carência próprios.
- 7.5 O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, não poderá exceder metade do prazo de vigência.

8 FRANQUIA

- 8.1 Não serão aplicadas franquias para as coberturas deste plano.

9 INCLUSÃO NO SEGURO E ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 9.1 A inclusão de possíveis Segurados principais é feita por adesão ao Seguro, conforme especificado no Contrato:
 - 9.1.1 Adesão **compulsória**, quando o Seguro vier a abranger todo o grupo segurável; ou
 - 9.1.2 Adesão **facultativa**, quando o Seguro vier a abranger somente os componentes do grupo segurável que desejarem ingressar na Apólice.
- 9.2 A adesão à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter

conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

- 9.2.1 A celebração ou alteração do Contrato somente poderá ser feita mediante Proposta assinada pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de Seguros.
- 9.3 A Declaração Pessoal de Saúde e Atividades é parte integrante da Proposta de Adesão, devendo ser preenchida e assinada pelo Proponente.
- 9.4 A critério da Seguradora, poderão ser aceitos, após análise da Proposta de Adesão, os componentes do grupo segurável que satisfizerem o estabelecido no Contrato assinado com o Estipulante.
- 9.5 Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, esta terá o prazo de 15 (quinze) dias para que seja feita a análise do Seguro. Caso a Seguradora, neste prazo, não manifeste a recusa da Proposta de Adesão por escrito ao Proponente, o Seguro considera-se aceito.
- 9.5.1 Não serão recepcionadas Propostas de Adesão com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.
- 9.5.2 Caberá à Seguradora fornecer ao Proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 9.6 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise da Proposta de Adesão.
- 9.7 O Segurado se obriga a declarar, na Proposta de Adesão, ou quando da solicitação de aumento no valor do Capital Segurado, a existência de quaisquer outros Seguros de Vida ou de Acidentes Pessoais.
- 9.8 A Seguradora poderá, dependendo da análise do risco apresentado, solicitar, uma única vez, que o Proponente apresente laudos médicos e/ou exames médico/laboratoriais e/ou se submeta à realização de exames médico/laboratoriais por profissionais por ela indicados. Nestes casos, o prazo previsto no item 9.5 destas será suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- 9.9 A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada ao Proponente por escrito, informando-lhe os motivos que ensejaram a recusa e, conseqüentemente, cancelamento da Proposta de Adesão.
- 9.10 Em caso de contratação eletrônica deverá haver o posterior envio de Proposta de Adesão.
- 9.11 A cada Segurado incluído no Seguro será enviado um Certificado Individual.

10 COBERTURA SUPLEMENTAR PARA SEGURADOS DEPENDENTES

- 10.1 Quando previsto no Contrato, poderão ser incluídos no Seguro, como Segurados dependentes, os cônjuges e/ou filhos do Segurado Principal.
- 10.2 Conforme especificado no Contrato, a inclusão de cônjuge e/ou filhos no Seguro poderá ser feita das seguintes formas:
- 10.2.1 Adesão **Automática**, quando abranger os cônjuges e/ou filhos de todos os Segurados principais; ou
- 10.2.2 Adesão **Facultativa**, quando abranger os cônjuges e/ou filhos dos Segurados principais que assim o autorizarem.
- 10.3 **Equiparam-se a(ao) cônjuge:** a(o) companheira(o) do(a) componente solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente ou que já se encontrava separado(a) de fato, desde que haja concordância com a anotação feita na Carteira Profissional do Segurado Principal, no Registro de Empregador ou com a declaração do Imposto de Renda, em conformidade ao disposto nas Leis Brasileiras sobre a matéria.
- 10.3.1 Para a inclusão dos cônjuges dos Segurados Principais no Seguro, quando realizada de forma facultativa, a Proposta de Adesão poderá ser preenchida e assinada pelo Segurado Principal, ficando o mesmo responsável pelas informações prestadas.
- 10.4 **Equiparam-se aos filhos:** os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.
- 10.5 Quando ambos os cônjuges forem Segurados principais do mesmo grupo Segurado, os filhos poderão ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal.
- 10.6 O Capital Segurado do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato.
- 10.7 O Capital Segurado dos filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal, sendo ratificado no Contrato.
- 10.7.1 Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, conforme item 11.
- 10.8 Os prêmios relativos aos Segurados dependentes serão pagos pelo Segurado Principal junto com os prêmios de suas próprias garantias.
- 10.9 As condições para cessação da cobertura individual dos Segurados dependentes estão definidas no item 22.4 destas.

11 MENORES DE 14 ANOS

- 11.1 Conforme Art. 8º da Circular SUSEP 302/05, as garantias que preveem o pagamento do Capital Segurado em caso de morte do Segurado menor de 14 (quatorze) anos de idade destinam-se exclusivamente ao reembolso das despesas com funeral que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que: incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

12 AGRAVAMENTO DO RISCO

- 12.1 **O Segurado é obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todas as alterações que agravem o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.**

- 12.2 A mudança de profissão e/ou a mudança de residência para outro país, conforme o caso, a prática de esportes considerados de alto risco (artes marciais, asa delta, automobilismo, balonismo, boxe, esqui aquático e na neve, lutas livres, motociclismo, paraquedismo e voo livre, entre outros) e o uso habitual de substâncias alcoólicas ou entorpecentes de qualquer tipo, assim como o hábito de fumar, são exemplos de agravamento no risco.

- 12.3 A Seguradora, em até quinze dias do recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar ciência ao Segurado, 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.

- 12.4 **A falta de comunicação dessas alterações implicará na perda do direito à indenização, se provar que silenciou de má-fé, conforme previsto no Art. 769 do Código Civil Brasileiro, abaixo transcrito:**

"Art. 769. O Segurado é obrigado a comunicar ao Segurador, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à garantia, se provar que silenciou de má-fé.

§ 1º O Segurador, desde que o faça nos quinze dias seguintes ao recebimento do aviso da agravação do risco sem culpa do Segurado, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de resolver o contrato.

§ 2º A resolução só será eficaz trinta dias após a notificação, devendo ser restituída pelo Segurador a diferença do prêmio."

- 12.5 O seguro não será cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

13 VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

- 13.1 A vigência da Apólice, bem como a vigência das coberturas individuais, serão especificadas no Contrato.
- 13.1.1 O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da Proposta de Adesão ou de outra data acordada entre a Seguradora e o Estipulante, sendo esta ratificada no Contrato e no Certificado Individual.
- 13.1.2 As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.
- 13.1.3 A vigência da Apólice será de 12 (doze) meses, salvo disposição contrária constante do Contrato.
- 13.1.4 **O presente Seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos do Contrato.**
- 13.2 A renovação da Apólice, que não implicar em ônus ou dever para os Segurados, poderá ser realizada por intermédio do Estipulante.
- 13.2.1 A renovação automática do Seguro poderá ser feita uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.
- 13.2.2 A renovação automática do Seguro não será realizada caso o estipulante comunique o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final da vigência da apólice.
- 13.3 Na renovação do Seguro, qualquer alteração da Apólice que implique em ônus, dever ou redução de direitos aos Segurados, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.
- 13.4 O desinteresse pela renovação da Apólice, ao fim do período de vigência, deverá ser comunicado pela Seguradora ou pelo Estipulante à contraparte, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência.
- 13.5 Será enviado novo Certificado Individual aos Segurados em cada uma das renovações do Seguro.

14 PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 14.1 O custeio do Seguro poderá ser:
- 14.1.1 **Contributário**, em que os Segurados pagam o prêmio total.
- 14.1.2 **Parcialmente Contributário**, em que os Segurados pagam um percentual dos prêmios e o Estipulante/Subestipulante paga um percentual dos prêmios.

- a) A soma dos percentuais pagas pelos Segurados e pelo Estipulante/Subestipulante sempre deverá ser igual a 100% (cem por cento).
- 14.1.3 **Não Contributário**, em que os Segurados não pagam o prêmio, sendo o mesmo pago pelo Estipulante/Subestipulante.
- 14.2 **Periodicidade do Pagamento**: Os prêmios de Seguro poderão ser pagos pelo Segurado e/ou Estipulante/Subestipulante de forma mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual, e sempre antecipadamente ao período de cobertura.
- 14.3 Sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante/Subestipulante o recolhimento dos prêmios mensais, **ficando este responsável por seu repasse à Seguradora**, conforme as cláusulas estabelecidas no Contrato. O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante não prejudicará o Segurado.
- 14.4 É expressamente vedado ao Estipulante e à Seguradora o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do Seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.
- 14.5 Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante o pedido do Segurado por escrito.
- 14.6 Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data de vencimento prevista no documento de cobrança.
- 14.7 Quando a data limite para pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado, no primeiro dia útil subsequente.
- 14.8 Servirá de comprovante de pagamento de prêmios o recibo de pagamento em dinheiro ou cheque, o débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento.
- 14.9 Os tributos serão pagos por quem a Lei determinar.

15 ATUALIZAÇÃO DO(S) CAPITAL(IS) SEGURADO(S) E PRÊMIO(S)

- 15.1 O(s) Capital(is) Segurado(s) e o(s) prêmio(s) será(ão) atualizado(s) a cada aniversário do Seguro com base na variação acumulada do Índice Geral de Preços de Mercado –

Fundação Getúlio Vargas (IGP-M/FGV) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.

- 15.1.1 Nas apólices de Seguro onde os Capitais Segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão recalculados conforme a variação dos salários, no momento em que o Estipulante comunicar à Seguradora.
- 15.2 Na eventualidade de ser extinto o IGP-M/FGV, a atualização dos valores será determinada com base na variação acumulada Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) no período dos 12 (doze) meses anteriores contados a partir do 2º mês anterior ao da atualização.
- 15.3 Caso o Segurado deseje aumentar espontaneamente o(s) seu(s) Capital(is) Segurado(s), a parcela do aumento estará sujeita a subscrição de uma nova Proposta de Adesão. Para tanto, a parcela do referido aumento será considerada como um Seguro Novo, cuja aprovação dependerá de prévia apreciação por parte da Seguradora.

16 RECÁLCULO DE TAXA

- 16.1 A Seguradora efetuará avaliações anuais, na data estabelecida no Contrato de Seguro, da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, a fim de corrigir possíveis desvios entre a taxa aplicada e a taxa real calculada com base nos sinistros verificados no decorrer de vigência da Apólice e nos prêmios efetivamente recebidos.
- 16.2 Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da Apólice, desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da mesma. A alteração na taxa será realizada por endosso à Apólice, observando o disposto no item 29.
- 16.3 Poderá também haver o recálculo das taxas do Seguro, em qualquer época de vigência, quando ocorrerem alterações substanciais nas hipóteses atuariais, devidamente justificadas tecnicamente perante a Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, observando-se o critério definido no item 29.
- 16.4 Quando a alteração na taxa pura for aplicada às apólices vigentes, será realizada por endosso à Apólice e esta modificação dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

17 SUSPENSÃO DO SEGURADO E DAS COBERTURAS

- 17.1 O período de cobertura do risco durante a vigência do Seguro respeitará a periodicidade do pagamento do prêmio, prevista no item 14.2 - Periodicidade do Pagamento. Sendo assim, podem ocorrer as seguintes situações de suspensão das coberturas:

- 17.1.1 **Suspensão do Segurado na Apólice:** Quando não ocorrer o pagamento do prêmio até a data do seu vencimento, fica a cobertura do Seguro automaticamente suspensa, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança, ficando o Segurado ou o(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, sem direito de receber a indenização referente a qualquer garantia contratada, no caso de ocorrência de sinistro, conforme determina o Art. 763 do Código Civil, abaixo transcrito:

"Art. 763 - Não terá direito à indenização o Segurado que estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação".

- 17.1.2 **Suspensão das Coberturas da Apólice:** Para os Seguros Contributários, nos casos em que a Seguradora delegar ao Estipulante/Subestipulante a tarefa de recolhimento dos prêmios devidos pelos Segurados, se não houver o respectivo repasse dos prêmios pelo Segurado ao Estipulante/Subestipulante, dentro dos prazos contratualmente previstos, ocorrerá a suspensão das coberturas da Apólice para todo o Grupo Segurado, ficando, ainda, o Estipulante/Subestipulante sujeito às cominações legais.

18 REABILITAÇÃO DAS COBERTURAS

- 18.1 Ocorrendo qualquer uma das situações de suspensão de coberturas previstas no item 17, admitir-se-á, **antes que se completem 90 (noventa) dias de suspensão a cada período de doze meses de vigência da Apólice**, a reabilitação das coberturas do Seguro, mediante pagamento do prêmio referente à vigência a decorrer.

- 18.1.1 **Nessas ocorrências, as coberturas do Seguro serão restabelecidas a partir das vinte e quatro horas da data do efetivo pagamento do prêmio, sendo que qualquer indenização eventualmente devida nesse período dependerá de prova de que, antes da ocorrência do sinistro, o prêmio referente à vigência a decorrer tenha sido pago, conforme item 14.6.**

- 18.1.2 **Após a reabilitação das coberturas, considerar-se-á como um seguro novo, devendo o Segurado cumprir todos os prazos de carência, sendo apenas dispensado o preenchimento de nova Proposta de Adesão e Declaração de Saúde.**

19 BENEFICIÁRIOS

- 19.1 É facultado ao Segurado indicar ou substituir o(s) Beneficiário(s).
- 19.2 O(s) Beneficiário(s) será(ão) designado(s) nominalmente pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído(s) a qualquer tempo, através de solicitação formal, preenchida, assinada e com firma reconhecida por autenticidade.

- 19.2.1 Na falta da indicação expressa de Beneficiário, ou se por qualquer outro motivo não prevalecer a que for feita, aplicar-se-á, para efeito de pagamento de indenização, o disposto nos Arts. 791, 792 e 793 do Código Civil Brasileiro, abaixo transcritos:

"Art.791 - Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade."

"Art. 792 - Na falta de indicação da pessoa ou Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária."

Parágrafo Único - Na falta de pessoas indicadas neste artigo, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência."

"Art. 793 - É válida a instituição do companheiro como Beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato."

- 19.2.2 Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
- 19.2.3 A alteração de Beneficiário será considerada a partir do momento em que a Seguradora receber a comunicação por escrito.
- 19.3 No caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) o próprio Segurado será o Beneficiário.
- 19.4 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) Dependente(s), os Capitais Segurados referentes às coberturas dos Segurados, principal e dependente(s), serão pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

20 PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

- 20.1 **O Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização, caso haja por parte dos mesmos, dos seus representantes legais ou do seu corretor de seguros:**
- 20.1.1 **inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão que tenham influenciado na aceitação ou no valor do prêmio do Seguro;**

- 20.1.2 **inobservância das obrigações convencionadas na Apólice; e/ou**
- 20.1.3 **fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando suas consequências.**
- 20.2 **Se a inexatidão ou a omissão nas declarações, prevista no subitem 20.1.1, não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:**
- 20.2.1 **na hipótese de não ocorrência do sinistro:**
- a) **cancelar o Seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**
 - b) **mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.**
- 20.2.2 **na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:**
- a) **cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
 - b) **mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**
- 20.2.3 **na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o Seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.**
- 20.3 **Nulo será o Seguro para garantia de risco proveniente de ato doloso ilícito do Segurado, do Beneficiário ou de representante de um ou de outro.**
- 20.4 **O(s) Beneficiário(s) perderá(ão) o direito à indenização em caso de suicídio, ou sua tentativa, pelo Segurado, nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do Seguro.**

21 CANCELAMENTO DO SEGURO

- 21.1 **Transcorrido o prazo de suspensão das coberturas, conforme o item 17, sem que haja a reabilitação das coberturas (item 18), fica a Apólice automaticamente cancelada, não produzindo efeitos, direitos, e obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou**

extrajudicial.

- 21.1.1 **Nos Seguros contributários, a Seguradora notificará o Segurado, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, advertindo-o quanto à necessidade de retomada do pagamento dos prêmios, sob pena de cancelamento do Seguro.**
- 21.1.2 **Nos Seguros não contributários, em que os prêmios são pagos pelo Estipulante, a Seguradora notificará o mesmo, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias, advertindo-o quanto à necessidade retomada do pagamento dos prêmios, sob pena de cancelamento do Seguro.**
- 21.2 **A Seguradora ou o Estipulante poderá solicitar o cancelamento da Apólice mediante manifestação formal em até 60 (sessenta) dias da data de fim de vigência da mesma.**
- 21.3 **O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes e, no caso de seguro coletivo, deverá haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.**
- 21.4 **No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.**
- 21.5 **No caso de ocorrência de sinistro de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), o pagamento da Indenização extingue, imediata e automaticamente, a garantia para o caso de Morte (MQC), bem como o presente Seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente, conforme item 32.1.1.**

22 CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 22.1 **Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência da Apólice, se esta não for renovada.**
- 22.2 **O prazo de vigência da cobertura individual pode ser abreviado em razão do cancelamento da Apólice ou de sua não-renovação.**
- 22.3 **Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do Segurado cessa, ainda:**

- 22.3.1 **com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, podendo, neste caso, o Segurado optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo os custos do risco e de cobrança; ou**
- 22.3.2 **quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.**
- 22.4 **Além das situações mencionadas, a cobertura de cada Segurado Dependente cessa:**
- 22.4.1 **se for cancelada a respectiva Cobertura Suplementar;**
- 22.4.2 **se o Segurado Principal deixar o grupo Segurado;**
- 22.4.3 **com o pagamento de indenização integral do Seguro do Segurado Principal, referente as garantias de Morte (MQC) e de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).**
- 22.4.4 **no caso de cessação da condição de dependente; ou**
- 22.4.5 **a pedido do Segurado Principal.**

23 DATA DO EVENTO

23.1 Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:

Garantia	Evento	Capital Segurado Vigente na Data:
Morte (MQC)	Morte	Do óbito
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	Invalidez por Doença	Da declaração médica
Auxílio Alimentação (AA)	Morte	Do óbito
Auxílio Financeiro (Afin)	Morte	Do óbito

24 DOCUMENTOS BÁSICOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTROS

- 24.1 Os documentos básicos, necessários para a Regulação de Sinistros, a serem encaminhados à Seguradora, devem ser originais ou autenticados em cartório, quando for o caso.
- 24.2 Segue abaixo a relação dos documentos **básicos** para a Regulação de Sinistros, conforme a cobertura sinistrada:

Garantia	Evento	Documentos Básicos
Morte (MQC)	Morte Natural	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1n), 24.2.1o)
	Morte Acidental	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1f), 24.2.1g), 24.2.1o)
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	Invalidez por Doença	24.2.1c), 24.2.1h), 24.2.1i), 24.2.1j), 24.2.1k), 24.2.1l), 24.2.1m), 24.2.1o),
Auxílio Alimentação (AA)	Morte Natural	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1n), 24.2.1o)
	Morte Acidental	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1f), 24.2.1g), 24.2.1o)
Auxílio Financeiro (Afin)	Morte Natural	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1n), 24.2.1o)
	Morte Acidental	24.2.1a), 24.2.1b), 24.2.1c), 24.2.1d), 24.2.1e), 24.2.1f), 24.2.1g), 24.2.1o)

24.2.1 **Legenda dos Documentos Básicos para Regulação de Sinistros:**

- a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Beneficiário.
- b) Cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado.
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado.
- d) Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado.
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial;
- f) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia, quando realizado.
- g) Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.
- h) Cópia do Resultado de todos os exames realizados, diagnóstico e de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme.
- i) Cópia do comprovante de Residência do Segurado.
- j) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado, informando a data de início da invalidez conforme diagnosticada na Declaração Médica, e descrição do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

- k) Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- l) Declaração Médica, devidamente preenchida e assinada pelo Segurado e pelo médico assistente, contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item 3.3.1b) e 3.3.1c).
- m) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item 3.3.1b) e 3.3.1c).
- n) Prova de Morte (análise médica).
- o) Comprovante de pagamento do último prêmio antes da data de sinistro.

24.3 **Documentos do(s) Beneficiário(s):** Os documentos do(s) Beneficiário(s) estão relacionados conforme seu parentesco/afinidade com o Segurado.

24.3.1 **Próprio Segurado:** Carteira de Identidade e CPF.

- a) Nos casos em que houver a nomeação de um Curador para o Segurado, deverá ser enviado também a cópia da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e autorização de pagamento em nome do curador nomeado.

24.3.2 **Cônjuge:** Cópia autenticada da Certidão de Casamento com data atualizada após o óbito com averbações, comprovante de residência, telefone (incluindo DDD), Carteira de Identidade e CPF.

24.3.3 **Companheiro(a):** cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, documento que comprove a união estável na data do evento, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD).

- a) Caso o segurado (a) tenha companheira (o) reconhecida (o) no órgão previdenciário, deverá ser enviado o respectivo documento que comprove tal vínculo marital e Escritura Pública de Declaração informando quanto tempo o companheiro (a) conviveu maritalmente com o(a) segurado(a) e se essa união perdurou até o falecimento do mesmo.

24.3.4 **Filhos:** cópia autenticada da Certidão de Nascimento (se menor de idade), bem como Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD).

24.3.5 **Pais e Outros:** cópia autenticada da Carteira de Identidade, CPF, comprovante de residência e telefone (incluindo DDD).

24.3.6 **Estipulante:** Em caso de pagamento para o Estipulante, deverá ser apresentado termo de cessão de direitos elaborado pelo responsável financeiro a favor da Instituição.

24.4 **Declaração de Únicos Herdeiros:** Caso o Segurado não tenha indicado seus

beneficiários, em conjunto com a documentação de para regulação dos sinistros deverá ser encaminhada a declaração de únicos herdeiros e a documentação dos respectivos, conforme lista de documentos de acordo com o parentesco/afinidade do item 24.3.

- 24.5 **Importante:** A documentação informada acima é básica, podendo ser solicitados outros complementares.

25 COMUNICAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

25.1 Em caso de sinistro, o Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) deverá(ão) comunicar o sinistro à Seguradora, mediante o preenchimento do Formulário de Aviso de Sinistro a ser fornecido pela Seguradora, e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados no item 24.2.

25.2 O prazo para pagamento da indenização, por parte da Seguradora, é limitado a 30 (trinta) dias contados a partir da entrega, pelo Segurado ou Beneficiário, da documentação básica necessária para a regulação do sinistro, definida no item 24.2 destas Condições Gerais. **Em caso de dúvida fundada e justificável, a Seguradora poderá solicitar nova documentação. Neste caso, a contagem do prazo para o pagamento da indenização será suspensa e continuará a correr a partir do dia útil subsequente àquele que forem completamente atendidas as exigências.**

25.3 As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

25.3.1 Quando não ocorrer o pagamento do prêmio até a data do seu vencimento, o Segurado ou o(s) seu(s) Beneficiário(s), conforme o caso, estará(ão) sem direito de receber a indenização referente a qualquer garantia contratada, no caso de ocorrência de sinistro, conforme determina o Art. 763 do Código Civil, abaixo transcrito:

"Art. 763 - Não terá direito à indenização o Segurado que estiver em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação".

25.4 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou de seu(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

25.5 O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, a sua custa, aos serviços médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

25.6 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora poderá designar, as suas expensas, médico assistente para analisar e elaborar parecer sobre o caso. Em caso de persistir divergência, a sociedade seguradora deverá propor ao

segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

25.6.1 A junta médica de que trata o caput deste artigo será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

25.6.2 Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela sociedade seguradora.

25.6.3 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.

25.7 **Valor Indenizado:** O valor a ser indenizado ao Segurado ou Beneficiário(s) será igual ao valor do Capital Segurado, ou referente a um percentual em caso de indenização parcial, vigente na data do evento.

25.7.1 O pagamento será feito através de cheque nominativo ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou praça indicada pelo Segurado ou pelo(s) Beneficiário(s).

a) O pagamento poderá, ainda, ser efetuado através de crédito em conta corrente ou poupança do Segurado ou Beneficiário(s), conforme o caso, mediante solicitação escrita com os dados bancários necessários para o efetivo pagamento.

25.7.2 Caso o pagamento não seja efetuado no prazo previsto no item 25.2, deverá ser observado o disposto no item 32.1, sendo que os valores relativos a atualização monetária e juros de mora serão pagas independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o Valor Indenizado.

25.8 **Periodicidade de Pagamento das Indenizações:** As garantias deste Seguro serão pagas conforme a periodicidade definida abaixo.

25.8.1 As indenizações decorrentes da garantia de Morte (MQC), bem como da garantia adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) serão pagas sob a forma de pagamento único.

25.8.2 As indenizações decorrentes das garantias adicionais (AA e AFin) serão pagas mensalmente, durante o período indenizável contratado.

25.9 **Menores de Idade:** A indenização por Invalidez Permanente de menores de idade será paga conforme segue:

25.9.1 **Pessoas com idade entre quatorze e dezesseis anos:** a indenização será paga em nome do menor Segurado, mediante representação de seus pais ou tutores; e,

25.9.2 **Pessoas com idade entre dezesseis e dezoito anos, exclusive:** a indenização será paga ao menor Segurado, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiver o pátrio poder) ou, finalmente, por seu tutor.

25.10 Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

26 EXCEDENTE TÉCNICO

26.1 Se previsto no Contrato, poderá ser instituída a cláusula de excedente técnico da forma que segue:

26.1.1 A referida cláusula estabelecerá as condições de distribuição, ao Estipulante e/ou aos Segurados do grupo, dos resultados técnicos da Apólice Coletiva.

a) **Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:**

a.1) prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da Apólice, efetivamente pagos; e

a.2) estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

b) **São despesas mínimas para fins de apuração dos resultados técnicos:**

b.1) comissões de corretagem pagas durante o período;

b.2) comissões de administração ("pró-labore") pagas durante o período;

b.3) comissões de agenciamento pagas durante o período;

b.4) valor total dos sinistros em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;

b.5) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e

b.6) despesas efetivas de administração, estabelecidas na planilha de cálculo que deu origem à taxa média apresentada no grupo.

c) **As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:**

c.1) o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;

c.2) o aviso à Seguradora, para sinistros;

c.3) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e

c.4) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

26.2 A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no Contrato até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos Segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no Contrato, observando o disposto no item 26.4.

- 26.3 A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no Contrato, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
- 26.4 Nos Seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo Segurado, na forma estabelecida no Contrato.
- 26.5 Para a verificação de pagamento de Excedente Técnico é necessário que a Apólice apresente uma média mensal mínima de 500 (quinhentos) componentes principais.
- 26.6 Nos Seguros em que houver cláusula de excedente técnico será incluída no Certificado Individual a informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

27 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

27.1 Constituem obrigações do Estipulante/Subestipulante:

- 27.1.1 **fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;**
- 27.1.2 **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 contratualmente;**
- 27.1.3 **fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato;**
- 27.1.4 **discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;**
- 27.1.5 **repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;**
- 27.1.6 **repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;**
- 27.1.7 **comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;**
- 27.1.8 **dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;**

- 27.1.9 **fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e**
- 27.1.10 **informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.**

28 REGIME FINANCEIRO

- 28.1 Tendo em vista que o presente Seguro é estruturado dentro do Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de prêmios para Segurados e/ou Estipulante/Subestipulante.

29 ALTERAÇÕES CONTRATUAIS

- 29.1 Durante a vigência do Seguro, qualquer alteração nas condições contratuais será realizada através de aditivo à Apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou do seu representante legal. Qualquer destas modificações que implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os Segurados, dependerá de anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

30 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

- 30.1 A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições da Apólice e a Nota Técnica Atuarial submetidas à Susep.
- 30.2 O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

31 APLICABILIDADE DAS CONDIÇÕES GERAIS

- 31.1 A responsabilidade da Seguradora está restrita exclusivamente aos compromissos implícitos nas diversas cláusulas que regem a presente Apólice, não se responsabilizando, portanto, por quaisquer outras promessas que não constem nas cláusulas impressas, devidamente assinadas pela diretoria ou seu representante legal.

32 MORA

- 32.1 A mora da Seguradora constituir-se-á, salvo na ocorrência de fato que não lhe for imputável, a partir do término do prazo previsto no item 25.2 para a regulação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, a partir da data em que se tornar exigível.

- 32.1.1 Em caso da devolução de prêmio em decorrência do cancelamento do Seguro, considera-se como data de exigibilidade a data de recebimento da solicitação do cancelamento ou, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora, a data do efetivo cancelamento.
- 32.1.2 No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, considera-se como data de exigibilidade a data de recebimento do prêmio.
- 32.2 Em caso de mora, a taxa de juros aplicável corresponderá a 6% a.a. (seis por cento ao ano), vedada a aplicação de taxa superior, sendo efetuada, ainda, a atualização do Capital Segurado pela variação positiva do IGP-M/FGV, considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.
- 32.2.1 Na eventualidade de ser extinto o IGP-M/FGV, a atualização dos valores será determinada com base na variação positiva do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Ampliado da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), considerando o último índice publicado antes da data de ocorrência e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação do sinistro ou, em caso de devolução de prêmios, o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva devolução.

33 FORO

- 33.1 O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

34 DISPOSIÇÕES FINAIS

- 34.1 "A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco."
- 34.2 "O registro deste Plano na SUSEP ao implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização."
- 34.3 "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, nome completo, CNPJ ou CPF".
- 34.4 Toda a responsabilidade pelo pagamento das indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA.
- 34.5 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.



CNPJ: 95.611.141/0001-57

União Seguradora S/A. - Vida e Previdência
CNPJ: 95.611.141/0001-57
Matriz: Praça Otávio Rocha, 65, 2º Andar
Centro, CEP 90020-140 - Porto Alegre/RS
Fones: (51) 3019-9725 - (51) 3061-9606

www.uniaoseguradora.com.br

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF

DOCUMENTO 1

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

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

DOCUMENTO 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

