ÍNDICE

1. CONCEITOS 3
2. OBJETIVO DO SEGURO 4
3. COBERTURAS DO SEGURO 4
4. RISCOS EXCLUÍDOS 5
5. CONTRATAÇÃO 6
6. FORMAS DE CONTRATAÇÃO 6
7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS 7
8. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS 7
9. VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL 8
10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO 8
11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 8
12. CESSAÇÃO DA COBERTURA DO SEGURO 9
13. EXTINÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO 9
14. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO 9
15. OCORRÊNCIA DO SINISTRO 9
16. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO 11
17. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO 12
18. MODIFICAÇÕES DE RISCO 12
19. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO 12
20. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS 13
21. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA 13
22. DO FORO 13
23. DA DIVULGAÇÃO DO SEGURO 13
24. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE 13
25. DISPOSIÇÕES FINAIS 13

INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE

1. COBERTURA 13
2. DISPOSIÇÕES FINAIS 13

INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. COBERTURA 13
2. DISPOSIÇÕES FINAIS 15

ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA

1. COBERTURA 15
2. DISPOSIÇÕES FINAIS 16

RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. COBERTURA 16
2. DISPOSIÇÕES FINAIS 16

RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

1. COBERTURA 16
2. DISPOSIÇÕES FINAIS 16

DESPESAS MÉDICO–HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. COBERTURA 16
2. DISPOSIÇÕES FINAIS 17

INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1. COBERTURA 17
2. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA 17
3. DISPOSIÇÕES FINAIS 17

INCLUSÃO DE FILHOS

1. COBERTURA 17
2. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA 17
3. DISPOSIÇÕES FINAIS 18

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE CESTA BÁSICA

1. COBERTURA 18
2. ÂMBITO TERRITORIAL DE GARANTIA 18
3. DA ENTREGA 18
4. CESSAÇÃO DA COBERTURA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA 18
5. BENEFICIÁRIOS 18
6. AVALIAÇÕES DA TAXA 18
7. DISPOSIÇÃO FINAL 18

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA COBERTURA DE RENDA PERDA DE EMPREGO

1. CONCEITO 18
2. COBERTURA 18
3. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO 18
4. CONDIÇÃO PARA A CONCESSÃO DA COBERTURA 18
5. CARÊNCIA 19
6. COMPROVAÇÃO DO DESEMPREGO 19
7. PAGAMENTO DA RENDA 19
8. CESSAÇÃO DA COBERTURA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA 19
9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA 19
10. DISPOSIÇÕES FINAIS 19

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETO 19
2. DA COBERTURA DA ASSISTÊNCIA FUNERAL 19
3. RISCOS EXCLUÍDOS 19
4. DO REEMBOLSO 19
5. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA 20
6. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERA 20
7. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA 20
8. ÂMBITO TERRITORIAL DE GARANTIA 20
9. DISPOSIÇÃO FINAL 20

DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS

1. COBERTURA 21
2. DISPOSIÇÕES FINAIS 21

RESCISÃO CONTRATUAL

1. COBERTURA 21
2. DISPOSIÇÕES FINAIS 21

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO E ACIDENTES PESSOAIS PEQUENAS E MÉDIAS EMPRESAS

Processo SUSEP nº 005-737/00

1. CONCEITOS

1.1 Acidentes Pessoais

Para fins deste seguro, considera-se "acidente pessoal" o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como conseqüência direta a morte ou a Invalidez Permanente Total ou Parcial do segurado ou torne necessário tratamento médico.

1.1.1 Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

a) ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;

b) escapamento acidental de gases e vapores;

c) seqüestros e tentativas de seqüestros;

d) alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.

1.1.2 Não se incluem no conceito de acidente pessoal, para os fins deste seguro:

a) as doenças (incluídas as profissionais), moléstias ou enfermidades, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto;

b) os denominados acidentes decorrentes de erros médicos, exemplificativamente, apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, parada cardíaca, trombose;

c) as conseqüências acidentais de tratamento ou exames clínicos cirúrgicos, medicamentos, por meio de agentes físicos, raios X, radium ou outros - quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por conseqüência de acidentes cobertos;

d) a contaminação radioativa e/ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes, caracterizadas por doenças, moléstia ou enfermidades, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente coberto.

1.2 Apólice

É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

1.3 Beneficiário

É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

1.4 Capital Segurado

É o capital máximo a ser pago na ocorrência do sinistro, ao Segurado ou Beneficiário do seguro, em função do valor estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

1.5 Carência

É o período contínuo de tempo, contado a partir do início de vigência da cobertura individual, durante o qual a Seguradora estará isenta de qualquer responsabilidade indenizatória.

1.6 Certificado Individual

É o documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação do proponente integrante do grupo segurável.

1.7 Condições Especiais

Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam existir dentro de uma mesma apólice de seguro.

1.8 Condições Gerais

Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

1.9 Condições Particulares

São as condições que particularizam o contrato, indicando características únicas para cada grupo segurado, bem como aspectos operacionais do seguro.

1.10 Cônjuge

Equipara-se ao cônjuge a (o) companheira (o) do Segurado Principal, do sexo oposto.

1.11 Corretor de Seguros

É o intermediário legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de Direito Privado.

1.12 Data Limite

Data máxima estabelecida, para envio das movimentações (exclusões, inclusões ou alterações) a serem processadas na fatura.

1.13 Doenças e/ou Lesões Preexistentes e suas Conseqüências

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anterior à data de sua adesão ao Seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde.

1.14 Estipulante

É a pessoa física ou jurídica, legalmente constituída, que contrata a apólice de seguros, ficando investida dos poderes de representação dos segurados perante a Sociedade Seguradora.

1.15 Evento Coberto

É o acontecimento futuro e de data incerta, de natureza súbita involuntária e imprevisível, descrito nas coberturas e ocorrido durante a vigência do seguro.

1.16 Coberturas

São as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da contratação do seguro, e que são exigíveis por ocasião da ocorrência de um evento coberto, observadas as condições e os limites contratados.

1.17 Grupo Segurado

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

1.18 Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que podem aderir a este seguro.

1.19 Indenização

É o capital segurado que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um **evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados**.

1.20 Índice de Aceitação e Manutenção do Seguro

É a relação entre o número de Segurados e o número de pessoas pertencentes ao grupo segurável, expressa em percentagem, devendo esta relação ser obedecida pelo Estipulante para a aceitação e manutenção do seguro.

1.20.1 Os índices de aceitação e manutenção, para cada grupo segurado, serão estipulados pela Seguradora e constarão nas Condições Particulares da apólice.

1.21 Início de Vigência

É o período expressamente definido no Contrato em que o Segurado estará coberto pelas Garantias deste seguro.

1.22 Limite Técnico

É o limite de capital segurado que a Seguradora assumirá, sob sua responsabilidade, em cada Seguro, sendo definido conforme a legislação vigente.

Para efeito de pagamento de sinistro, na hipótese do capital segurado exceder o limite técnico da Seguradora, o Segurado não será penalizado.

1.23 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 consangüíneos ou afins, em linha reta ou na colateral, até terceiro grau, amigo íntimo, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

1.24 Movimento de Faturas
É o documento pelo qual o Estipulante informa à Seguradora as movimentações dos Segurados (inclusões e cancelamentos) e alterações de Capitais Segurados durante o decorrer do período de vigência.

1.24.1 Tal documento deve ser enviado, obrigatoriamente, sempre que ocorrer uma das situações mencionadas no subitem acima.

1.25 Nota Técnica Atuarial
É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.

1.26. Plano
É a forma ou critério estabelecido para a constituição do capital Segurado.

1.27 Prêmio
É a importância paga pelo Segurado ou Estipulante à seguradora para que esta garanta o risco contratado, desde que coberto.

1.28 Processo SUSEP
É o registro do produto a ser comercializado pela Seguradora na SUSEP (Superintendência de Seguros Privados), o que não implica por parte da Autarquia incentivo ou recomendação à sua comercialização.

1.29 Proponente
É a pessoa que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de segurado somente após sua aceitação pela seguradora, com o devido pagamento do prêmio correspondente.

1.30 Proposta de Adesão
É o documento mediante o qual o proponente expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as Coberturas e Capitais Segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nestas Condições Gerais. A proposta de adesão, desde que o risco seja aceito pela Seguradora, faz parte integrante do contrato.

1.30.1 Quando houver obrigatoriedade do preenchimento da proposta de adesão por cada um dos integrantes do grupo segurável, deverão ainda constar às informações sobre beneficiários e condições de saúde.

1.31 Riscos Excluídos
São os riscos previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano.

1.32 Segurado principal
É a pessoa física, com idade entre 14 (quatorze) e 75 (setenta e cinco) anos de idade, quando do protocolo da Proposta de Adesão na Seguradora, habilitada a ser incluída na apólice de seguro e que possua vínculo com o Estipulante, observado o disposto a seguir:

1.32.1 A cobertura básica de morte poderá ser contratada por pessoas físicas com idade entre 14 e 69 anos de idade.

1.32.2 A partir da idade de 70 anos até 74 anos de idade, somente a cobertura básica de morte acidental poderá ser contratada.

1.32.3 Para contratação da cobertura adicional de Renda por Incapacidade Temporária ou Renda de Incapacidade Temporária por Acidente, o proponente deverá ter entre 18 (dezoito) e 64 (sessenta e quatro) anos de idade.

1.33 Segurado dependente
É o cônjuge ou companheiro(a) e os filhos, enteados e menores considerados dependentes do segurado principal, de acordo com a legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, desde que não sejam seguráveis como segurados Principais, quando incluídos no Seguro.

1.34 Seguradora
É a pessoa jurídica legalmente constituída, que emite a apólice e, após o recebimento do prêmio, assume o risco de pagar o capital segurado ao Beneficiário ou ao Segurado caso ocorra um dos eventos cobertos e predeterminados pelo Seguro.

1.35 Seguro Contributário
O prêmio é pago integralmente pelos segurados, não havendo a participação do Estipulante como contribuinte destes prêmios.

1.36 Seguro Não Contributário
O prêmio é pago integralmente pelo Estipulante, não havendo a participação do segurados como contribuinte dos prêmios.

1.37 Seguro Parcialmente Contributário
Seguro onde o prêmio é pago pelos segurados, porém há uma quota de participação do Estipulante, nos percentuais acordados entre as partes.

1.38 Sinistro
É a ocorrência de um evento danoso, expressamente previsto nas Condições Gerais e Especiais do Seguro, cujo capital segurado será pago pela Seguradora, respeitados os limites de cobertura contratados.

1.39 Vigência da Cobertura Individual
É o período em que os segurados, principal e dependente, estão cobertos pelas coberturas deste seguro.

1.40 Vigência do Seguro
É o período de 01 (um) ano no qual a apólice de seguro está em vigor.

2. OBJETIVO DO SEGURO
Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou aos seus beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.**

3. COBERTURAS DO SEGURO
As coberturas dividem-se em básicas e adicionais.

3.1 São consideradas Coberturas Básicas:
a) Morte, observando-se os Riscos Excluídos no Item 4. ou
b) Morte Acidental.

3.2 São consideradas coberturas adicionais:
a) Indenização Especial por Acidente;
b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
c) Antecipação Especial por Doença;
d) Despesas Médico-Hospitalares;
e) Renda Mensal por Incapacidade Temporária;
f) Renda Mensal por Incapacidade Temporária por Acidente;
g) Perda de emprego;
h) Cesta Básica;
i) Assistência Funeral.
j) Inclusão de Cônjuge;
k) Inclusão de Filhos;
l) Doença Congênita para filhos; e
m) Reembolso de Rescisão Contratual.

3.3 Condições para concessão das coberturas acima:
a) As coberturas adicionais só poderão ser concedidas para a totalidade do grupo segurado;
b) As coberturas básicas e adicional de Antecipação Especial por Doença não são cumulativas;
c) A cobertura adicional de Antecipação Especial por Doença só pode ser concedida se a apólice também garantir a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, esta com capital mínimo de 100% da cobertura básica;
d) O capital segurado da cobertura básica, tanto do cônjuge como dos filhos, não poderá, exceder o capital segurado da cobertura

básica do Segurado Principal;
e) Neste seguro é obrigatória a contratação de uma das coberturas básicas;
f) Somente sinistros decorrentes de acidentes estarão amparados pela cobertura adicional de Despesas Médico-hospitalares; e
g) A cobertura de Rescisão Contratual só poderá ser oferecida quando o seguro for não contributário.

3.4 Indenização por Morte

Consiste no pagamento do capital segurado relativo à Cobertura Básica, de uma só vez, ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na Proposta de Adesão, após a morte do segurado, desde que decorrente de evento coberto ocorrido após o início de vigência e dentro do período de cobertura do seguro.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão excluídos das coberturas deste seguro os eventos ocorridos em conseqüência:
a) 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 ou ionizantes;
b) De atos ou operações de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de terrorismo, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes e de guerra, declarada ou não. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
c) de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;
d) epidemias declaradas ou não;
e) Doação e transplante intervivos; e
f) suicídio cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro ou da sua recondução.
4.2 Além dos riscos excluídos nas alíneas do subitem anterior, estão expressamente excluídos da cobertura de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente os eventos e/ou acidentes decorrentes de:
a) a hérnia e suas conseqüências;
b) o parto ou aborto e suas conseqüências;
c) as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
d) os envenenamentos, ainda que acidentais, por absorção de substâncias tóxicas - ressalvado o disposto na alínea "c" do subitem 1.1.1 - ou entorpecentes; e
e) quaisquer perturbações mentais, salvo a alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto.
4.3 Também ficam excluídos os acidentes e/ou eventos ocorridos em conseqüência:
a) de competições ILEGAIS em aeronaves, embarcações e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício legal de prática de esportes ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;
b) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
c) de quaisquer acidentes citados no subitem 4.1, alíneas "a" e "b" ;
d) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se a morte ou incapacidade do Segurado provier de meio de transporte mais arriscado. Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
e) quaisquer conseqüências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante de um ou de outro; e
f) do segurado dirigir veículo automotor, ou qualquer outro tipo de veículo e/ou equipamento que requeiram aptidão, sem que possua habilitação legal e apropriada.
4.4 Em se tratando de Despesas Médico-Hospitalares, além dos riscos excluídos acima, não estão abrangidas as coberturas para:
a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes; e
b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses ou órteses implantadas pela primeira vez.
4.5 Em se tratando da garantia de Doenças Congênitas de filhos, além dos riscos excluídos citados acima, não estão abrangidas as coberturas para:
a) eventos decorrentes do uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período de gestação;
b) defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;
c) eventos decorrentes do mau uso ou inabilidade de produtos químicos, e demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde.
d) Natimorto.
4.6 Estão também excluídos das coberturas deste seguro quaisquer pagamentos, mesmo em conseqüência de evento coberto, decorrente de:
a) Danos Morais e Estéticos: pela natureza compensatória, não se encontram cobertos pela presente apólice as indenizações por DANOS MORAIS E ESTÉTICOS, decorrentes de qualquer evento coberto por este contrato, no qual esteja o Segurado obrigado a pagar, sejam elas provenientes de ação judicial ou extrajudicial, bem como nos casos de acordo amigável.
Dano estético é todo e qualquer dano físico/corporal causado a pessoas que embora não acarretando seqüelas que interfiram no funcionamento do organismo, impliquem em redução ou eliminação dos padrões de beleza ou estética. Dano moral é toda e qualquer ofensa ou violação que mesmo sem ferir ou causar estragos aos bens patrimoniais de uma pessoa, ofenda aos seus princípios e valores de ordem moral, tais como os que se referem à sua honra, aos seus sentimentos, à sua dignidade e/ou à sua família, sendo em contraposição ao patrimônio material, tudo aquilo que não seja suscetível de valor econômico, ficando a cargo do juiz no processo o reconhecimento da existência de tal dano bem como a fixação de sua extensão e eventual reparação, devendo ser sempre caracterizado como uma punição que se direciona especificamente contra o efetivo causador dos danos.
b) Lucros Cessantes resultantes da paralisação, temporária ou definitiva, das atividades profissionais do Segurado em virtude da ocorrência de qualquer risco coberto e indenizável.
c) Perdas e Danos decorrente, direta ou indiretamente,

de qualquer evento, mesmo quando coberto pela apólice.
4.7 Para a cobertura de Antecipação Especial por Doença, também estão excluídos:
a) Coma irreversível decorrente do uso de álcool e drogas;
b) Insuficiência cardíaca congênita;
c) Doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);
d) Doenças em geral, geradoras de limitação física e/ou déficit funcional de qualquer monta, cuja origem causal (etiologia) possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, mesmo que parcial (concausa), com a(s) atividade(s) profissional(is), exercida(s) pelo segurado, a qualquer tempo, ainda que, por qualquer causa motivo, não lhe(s) tenha sido atribuído nexo causal ocupacional;
e) Toda e qualquer manifestação clínica, lesão e/ou doença que possua, em qualquer tempo de sua evolução, desde a origem, inclusive, alguma internação, intercorrência e/ou agravo ocorrido na dependência de traumatismos, exposições a esforços físicos, repetitivos ou não e/ou posturas viciosas;
f) 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 ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal; e
g) Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no âmbito dos riscos cobertos.
4.8 Além dos itens acima, estão expressamente excluídos da cobertura de Renda Mensal por Incapacidade Temporária e Renda Mensal por Incapacidade Temporária por Acidente os eventos decorrentes de:
a) lesões de esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteo-musculares crônicos relacionados com o trabalho (DORT);
b) gravidez e suas conseqüências;
c) parto e suas conseqüências;
d) abortos provocados ou não e suas conseqüências,
e) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta de adesão;
f) anomalias congênitas com manifestação em qualquer época;
g) hérnia discal, exceto após tratamento cirúrgico;
h) tratamento para esterilidade, fertilidade, mudança de sexo;
i) cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;
j) tratamento clínico e/ou cirúrgico para obesidade ou estética em suas várias modalidades;
k) hospitalização para check-up;
l) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
m) todas as doenças ou transtornos mentais;
n) Síndrome do Pânico;
o) Estresse ou quaisquer outros desvios comportamentais;
p) Tratamentos dentários e intervenções por razões reparadoras, salvo os conseqüentes de acidentes ocorridos durante a vigência da apólice;
q) cirurgias para esterilização;
r) tratamento fisioterápico, exceto decorrente de doenças neurológicas;
s) qualquer evento que impossibilite o Segurado de exercer suas atividades por um período inferior a 30 (trinta) dias;
t) luxações recidivantes (que tenham ocorrido após um primeiro acometimento) de qualquer articulação;
u) as instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
v) as doenças de características reconhecidamente progressivas, como fibromialgia, artrite reumatóide e osteoartrose;
w) as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, protusões discais, dorsalgias e cervicalgias;
x) laserterapia, escleroterapia e microcirurgia de varizes em membros superiores e inferiores (ou em qualquer outra região da superfície corporal) por qualquer técnica, bem como fulguração de teleangectasias;
y) ceratotomia (cirurgia para correção de miopia); e,
z) cirurgias ortognáticas e mamoplastias redutoras.
4.9 Sem prejuízo das exclusões anteriores, também estão excluídos quaisquer tipos de eventos decorrentes de agravamento de risco ocasionados intencionalmente pelo Segurado, situação em que este perderá o direito à cobertura do seguro, conforme disposto no artigo 768 do código civil.

5. CONTRATAÇÃO

Considera-se contratado o seguro quando a proposta de adesão, devidamente preenchida e assinada sob carimbo, pelo Estipulante, for aceita pela seguradora, momento em que esta emitirá a respectiva apólice de seguro.

6. FORMAS DE CONTRATAÇÃO

6.1 Capital Global

É a forma de contratação de capital segurado, descrita na Proposta de Contratação, com definição prévia do Capital Segurado Global contratado para todo o Grupo Segurado, podendo sofrer alterações, mediante solicitação do Estipulante, decorrente da variação da quantidade de segurados que farão parte do grupo segurado durante a vigência da apólice.

6.1.1. Capital segurado individual

O capital segurado individual é a quota parte resultante da divisão do valor do Capital Segurado Global pela quantidade de segurados ativos na data do sinistro, limitado a R$100.000,00.

6.1.1.1 Tendo em vista a limitação do valor do capital segurado individual constante no item 6.1.1, compete ao Estipulante solicitar à Seguradora a diminuição do valor do capital global contratado, sempre que houver redução da quantidade de segurados ativos na apólice de seguro que resulte na apuração do capital segurado individual superior a R$ 100.000,00.

6.1.2 Havendo inclusões, o montante de capital será dividido automaticamente pelo número de funcionários, permanecendo inalterado o valor da fatura.

6.1.3 Condições de Aceitação e Manutenção do Seguro

Serão aceitos como grupo segurável os Segurados Principais, que possuam vínculo empregatício com o Estipulante, bem como os Sócios e Diretores Estatutários, devidamente designados no contrato social ou na última alteração contratual e, se contratados, Segurados Dependentes, ou seja, o cônjuge/companheira(o), filhos/enteados(as) e aqueles considerados dependentes do Segurado Principal pela legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social.

6.1.3.1 Para que haja a aceitação dos componentes seguráveis por parte da Seguradora, será necessário observar os limites de idade previstos no item 1.8 e as boas condições de saúde para ingresso e novas inclusões.

6.1.4 Os integrantes do grupo segurável que possuem vínculo empregatício com o Estipulante, bem como os Sócios e Diretores Estatutários, que estiverem em gozo de auxilio doença ou acidente na época da contratação deste seguro, só poderão ser incluídos quando do retorno das suas atividades profissionais.

6.1.5 Os proponentes portadores de deficiência deverão ressaltar o grau de invalidez preexistente para efeito de limitação da responsabilidade da Seguradora.

6.1.6 Para esta modalidade de capital é possível a contratação da cobertura adicional de Assistência Funeral com capital fixo e igual a todos os Segurados, sendo o máximo R$3.000,00 por funcionário.

6.1.7 Para garantir à cobertura à todos os funcionários, o Estipulante deverá informar, sempre que houver inclusões e/ou exclusões, a quantidade de funcionários, para que haja o correto faturamento do prêmio desta cobertura.

6.1.8 Para esta modalidade de capital, não será possível a contratação da cobertura adicional de Perda de Emprego e Cesta Básica.

6.1.9 A adesão não poderá ser facultativa, ou seja, **desde que atendidas as condições para ingresso no seguro**, será necessária a inclusão de 100% dos funcionários vinculados a Guia de Fundo de Garantia e Informações da Previdência Social (GFIP) observado o subitem 6.1.4, e de 100% sócios e diretores estatutários constantes do contrato social ou da última alteração deste. **Para este tipo de contratação não serão aceitos os prestadores de serviços.**

6.1.10 O sinistro será pago com base no número de funcionários que forem admitidos até o último dia do mês de ocorrência do sinistro e que constarem na Guia de Fundo de Garantia e Informações da Previdência Social (GFIP), a qual deverá ser apresentada, e em se tratando de sócios e diretores estatutários, deverá ser comprovado através do contrato social ou da última alteração deste.

6.1.10.1 Para os segurados afastados após a data de contratação do seguro, o Estipulante deverá apresentar para Seguradora a última Guia de Fundo de Garantia e Informações da Previdência Social (GFIP) anterior ao mês de afastamento, bem como a do mês de ocorrência do sinistro.

6.2 Uniforme

O Capital Segurado é igual para todos os Segurados.

6.3 Múltiplo Salarial

O Capital Segurado é resultante da multiplicação do salário mensal do Segurado pelo fator contratado.

6.4 Livre Escolha

Consiste na escolha do Capital Segurado pelo Estipulante ou pelo próprio Segurado, no ato da assinatura da Proposta de Adesão.

7. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

7.1 Para que haja a aceitação dos proponentes seguráveis por parte da Seguradora, será necessário o preenchimento obrigatório da proposta de adesão, bem como deverá ser comprovado vínculo com o Estipulante, sempre observando os limites de idade descritos no item 1.30 e as boas condições de saúde para ingresso e os limites de capitais estabelecidos pela Seguradora.

7.1.1 Os empregados que estiverem em gozo de auxílio-doença na época da contratação deste seguro só poderão participar quando do retorno às suas atividades profissionais.

7.1.2 Os empregados que estiverem aposentados por invalidez não poderão participar deste seguro.

7.2 Ainda por opção do Estipulante, poderão ser segurados principais os prestadores de serviços contratados pela empresa estipulante, que trabalhem em **caráter de exclusividade**, desde que referida relação sejam comprovados por contrato de prestação de serviços firmado entre as partes.

7.3 A aceitação ocorrerá no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados, da data do recebimento da Proposta de Adesão pela Seguradora. Caso seja solicitado algum documento ou exame complementar, esse prazo ficará suspenso voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação na Seguradora. A solicitação de documentos complementares, para análise da aceitação do risco ou da aceitação da proposta de Adesão, poderá ser feita apenas uma vez, durante o referido prazo.

7.3.1 A Seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta de adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

7.4 A inexistência de manifestação expressa da Seguradora dentro daquele prazo, implicará na aceitação automática do Seguro.

7.5 A aceitação do Proponente no Seguro será caracterizada pela emissão de apólice, em seu nome, com a indicação das coberturas contratadas, do início de vigência, do período de cobertura e das demais condições pertinentes ao seu Seguro.

7.6 A não aceitação da Proposta de Adesão, será comunicada obrigatoriamente ao proponente por escrito, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados do protocolo de recebimento na Seguradora, justificando o motivo da recusa e dispondo ao mesmo todos os valores por ele destinados à Seguradora, devidamente atualizados pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas).

7.7 Para a análise de aceitação da proposta de adesão do Estipulante, será necessária a existência de, no mínimo, três vidas do mesmo grupo. Tal condição também é exigida para a renovação, não podendo a apólice coletiva ser renovada com número de vidas inferior a três.

7.7.1 Para grupos com menos de três vidas, para a análise de aceitação da proposta de adesão do Estipulante, será necessário apresentar a Guia de Fundo de Garantia e Informações da Previdência Social (GFIP).

7.8 Avaliação da Taxa: A Seguradora efetuará avaliações periódicas da taxa utilizada para o cálculo do prêmio, conforme definido nas *Condições Particulares,* 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. Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos do segurado, a taxa reajustada será aplicada a partir do próximo aniversário anual de cada apólice em vigor nesta Seguradora, **desde que comunicada mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da apólice e mediante anuência expressa de segurados que representem no mínimo ¾ (três quartos) do grupo.**

7.8.1 Na aplicação do disposto acima, será necessária a anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, quando esta alteração implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos.

8. PAGAMENTO DOS PRÊMIOS

8.1 O custeio do Seguro pode ser:

a) Não contributário, em que os Segurados não pagam prêmio; ou

b) Contributário, em que os Segurados pagam prêmio, total ou parcialmente.

8.1.1 No caso de contratação de capital global, a contribuição do

Estipulante no pagamento do prêmio será integral.

8.2 O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, sendo único responsável, para com a Seguradora, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais, inclusive a cobrança e pagamento dos prêmios nos prazos contratuais, das respectivas faturas e Notas de Seguro emitidas pela Seguradora para quitação através da rede bancária.

8.3 O prêmio deste seguro corresponderá ao resultado da multiplicação do Capital Segurado total pela taxa vigente conforme plano escolhido pelo Estipulante na Proposta de Adesão.

8.4 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do Seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora ou a ela devido.

8.4.1 Caso o Estipulante receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado para a cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.

8.5 É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação.

8.6 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se refere.

8.7 Quando a data limite para pagamento dos prêmios cair em dia que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º dia útil, posterior ao vencimento, em que houver expediente bancário.

8.8 No caso da cobrança do prêmio se efetuar através de desconto em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado, **salvo se o seguro não for contributário, ou seja, quando a empresa paga totalmente o prêmio do Seguro.**

8.9 Na cobrança do prêmio, mediante fatura, a Seguradora providenciará para que cada Estipulante receba sua fatura até 15 (quinze) dias antes da data do vencimento.

8.10 Fica estipulado, que os Segurados que entrarem em gozo de algum benefício, ou se afastarem de suas atividades profissionais, deverão continuar com o recolhimento do prêmio integral do seguro para a cobertura dos demais riscos contratados.

9. VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL

9.1 A vigência para os Segurados que participarem da apólice no mês de sua contratação, será anual e terá início a partir das 24 horas do dia da entrega da Proposta de Adesão, ou data posterior indicada na mesma, juntamente com o formulário "Movimento de Fatura", desde que considerado aceito o risco pela Seguradora.

9.2 Após o início de vigência do seguro, o Estipulante poderá solicitar a inclusão dos novos funcionários contratados.

9.2.1 Para as inclusões de novos funcionários o início de vigência será a data de admissão do funcionário pelo Estipulante, desde que a solicitação de sua inclusão seja feita até 30 dias corridos da data de sua admissão.

9.2.2 Caso a solicitação seja feita após 30 dias corridos da data de sua admissão, o início de vigência do risco individual será a partir das 24 horas do dia em que a solicitação for protocolada junto à seguradora.

9.3 Para alterações, o início de vigência será a partir das 24 horas do dia da entrega do formulário "Movimento de Faturas" ou Proposta de Adesão à Seguradora, desde que aceito o risco por esta.

9.3.1 Quando houver pagamento de prêmio, o início de vigência será a partir de tal pagamento ou a partir de outro dia posterior se solicitado expressamente.

9.4 Em qualquer uma das situações acima a aceitação do risco dependerá de análise da Seguradora.

10. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

10.1 A vigência do seguro será de 1(um) ano, sendo facultada a contratação por período diferente (dias, meses ou anos).

10.1.1 A renovação poderá ocorrer de forma automática uma única vez, nos termos da Lei, desde que não haja desistência expressa da Seguradora ou do Estipulante até 60 (sessenta) dias antes de seu vencimento.

10.1.2 A partir da segunda renovação, somente poderá ser feita de forma expressa, servindo-se o Estipulante de meio que demonstre sua vontade em renovar o seguro, e desde que tal renovação não implique em ônus ou dever para o segurado ou redução de seus direitos.

10.2 Nos casos de recebimento da proposta de adesão **com** adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início vigência da apólice será a partir das 24 horas do dia da recepção da Proposta de Adesão pela Seguradora, ficando condicionada à compensação, caso o adiantamento de valor ocorra através de cheque.

10.2.1 Nos casos de recebimento da proposta de adesão **sem** adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início vigência da apólice será a partir das 24 horas da data de aceitação da Proposta de Adesão pela Seguradora, ou em data posterior, desde que expressamente determinada na Proposta de Adesão.

10.3 Este Seguro não poderá ser renovado caso a Seguradora tenha suspendido a sua comercialização e/ou o produto tenha sido arquivado perante a SUSEP.

10.4 Em cada renovação será emitida uma nova Apólice pela Seguradora.

10.5 A Renovação deste Seguro também poderá ficar condicionada a aplicação de um AGRAVO no valor do prêmio do Seguro, desde que seja dada ciência ao Estipulante, até 60 (sessenta) dias antes do vencimento. Este agravo será o percentual necessário de reajuste que deverá incidir sobre a cobertura específica contratada, levando em conta os critérios de reavaliação do risco de cada cobertura.

10.6 A renovação automática do seguro só poderá ocorrer uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa. A renovação expressa poderá ser feita quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada pelo estipulante, nos seguros coletivos, e desde que não implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos, ou pelo próprio segurado, em se tratando de seguros individuais.

10.6.1 Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ do grupo segurado.

11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

11.1 Os capitais segurados, bem como os prêmios deste Seguro, poderão ser atualizados anualmente pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas).

11.2 Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados deverão ser atualizados

pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio ou da contribuição até a data e ocorrência do respectivo evento gerador.

11.3 Caberá ao Estipulante solicitar à Seguradora, **por escrito e em comum acordo**, o aumento do capital segurado, **que se submeterá novamente às regras de análise e aceitação do risco.**

11.3.1 Nos casos em que a forma de custeio do seguro for contributário, a alteração do capital segurado dependerá de anuência expressa de Segurados que representem ¾ (três quartos) do grupo segurado.

11.4 Não se aplica a atualização monetária na Cláusula Especial para Cobertura de Renda por Incapacidade Temporária e Renda por Incapacidade Temporária por Acidente, se contratadas.

12. CESSAÇÃO DA COBERTURA DO SEGURO

12.1 Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas deste seguro serão suspensas a partir do último dia de vigência do período de garantia a que se referir o último prêmio pago, ficando o segurado e seus beneficiários sem direito a receber indenização referente a qualquer garantia contratada no caso de ocorrência do sinistro.

12.2 A garantia de cada Segurado cessa pela ocorrência do evento coberto e indenizado, ou no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, ressaltando-se, em qualquer caso, que se dá automaticamente o cancelamento do Seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade, principalmente se o Segurado, seus prepostos ou beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave na contratação do Seguro ou ainda para obter ou majorar a indenização.

12.3 Respeitando-se o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado principal cessa, ainda:

a) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, e;

b) quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

13. EXTINÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

13.1 Caso, não seja efetuado o pagamento dos prêmios depois de decorrido o prazo máximo de 90 dias a contar da data da primeira inadimplência, o seguro fica automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

13.1.1 Nos seguros em que a forma de custeio for contributária, se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do Seguro, respondendo a Seguradora, até o cancelamento da apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito às cominações legais.

13.2 Haverá ainda a possibilidade de cancelamento por mútuo consentimento das partes contratantes, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias.

13.2.1 No caso do subitem supra, a seguradora poderá reter o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

13.3 A cobertura básica prevista por este Seguro se extingue pela ocorrência da Morte ou Antecipação Especial por Doença do Segurado.

13.4 A cobertura de Indenização Especial por Acidente, se extingue com o pagamento do respectivo capital segurado.

13.5 A cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, se extingue com o pagamento do respectivo capital segurado.

13.5.1 O pagamento referente à Invalidez Permanente por Acidente antecipa a cobertura da Indenização de Morte Acidental. Caso sobrevenha a morte por acidente do Segurado, decorrente do mesmo evento, do valor desta indenização será descontada a importância já paga pela Invalidez Permanente por Acidente.

13.6 Extingue-se ainda a cobertura do seguro:

a) no final do prazo de vigência;

b) com o esgotamento do capital segurado, ou seja, com o pagamento integral da indenização;

c) se o segurado dependente passar a fazer parte do grupo de segurados principais;

d) se este não for renovado;

e) com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante; e

f) quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice.

13.6.1 Em qualquer das situações acima se dá automaticamente a extinção do contrato de seguro sem restituição dos prêmios.

13.7 Caso se verifique a impossibilidade de manutenção do grupo pela alteração da natureza dos riscos e não havendo acordo entre as partes quanto a reavaliação do prêmio, a apólice será cancelada, mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.

13.7.1 As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Sociedade Seguradora sob alegação de alteração na natureza dos riscos.

13.8 Fica ainda a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade e o contrato automaticamente cancelado, se o Segurado, seus prepostos ou beneficiários agirem com dolo, fraude, simulação ou culpa grave, bem como qualquer conduta que tenha por fim a obtenção de vantagem indevida quando da contratação do seguro, durante o período de vigência e na liquidação de eventual sinistro.

14. ALTERAÇÃO DO CONTRATO DE SEGURO

14.1 Nenhuma alteração neste contrato será válida se não for feita através de documento escrito, mediante a emissão do respectivo endosso, com a concordância das partes contratantes, **cabendo salientar que qualquer pedido de alteração será submetido às mesmas regras utilizadas para a aceitação do seguro**.

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

15. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

15.1 Ocorrendo sinistro coberto pelo seguro deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus beneficiários, através do formulário "AVISO DE SINISTRO", ou de carta registrada ou telegrama dirigido à Seguradora;

15.2 Na comunicação, por carta ou telegrama, deverão

constar: data, hora, local e causa do sinistro.

15.3 A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera o Segurado, seu representante ou seus beneficiários, da obrigação de apresentar o formulário "AVISO DE SINISTRO".

15.4 O aviso de sinistro deverá ser acompanhado, conforme a natureza do evento, dos documentos abaixo relacionados:

15.5 Em Caso de Morte Natural do Segurado:

a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, beneficiários ou representante e médico assistente do Segurado;
b) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
c) cópia autenticada do RG ou outro documento de identificação e CPF do Segurado e do(s) beneficiário(s);
d) cópia autenticada e atualizada (extraída após o óbito) da Certidão de Casamento do Segurado;
e) Declaração de Únicos Herdeiros;
f) cópia autenticada de declaração do INSS informando quem são os dependentes do Segurado na Previdência Social;
g) caso o(s) beneficiário(s) seja(m) filho(s), cópia autenticada da Certidão de Nascimento/Certidão de Casamento do(s) mesmo(s), bem como RG, CPF e Comprovante de Residência;
h) cópia autenticada do último hollerith ou comprovante de pagamento, se o seguro for contributário, e;
i) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

15.6 Em caso de Morte Acidental do Segurado:

a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, beneficiários ou representante e médico assistente do Segurado;
b) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
c) cópia autenticada do RG ou outro documento de identificação e CPF do Segurado e do(s) beneficiário(s);
d) cópia autenticada e atualizada (extraída após o óbito) da Certidão de Casamento do Segurado;
e) Declaração de Únicos Herdeiros;
f) cópia autenticada de declaração do INSS informando quem são os dependentes do Segurado na Previdência Social;
g) caso o(s) beneficiário(s) seja(m) filho(s), cópia autenticada da Certidão de Nascimento/Certidão de Casamento do(s) mesmo(s), bem como RG, CPF e Comprovante de Residência;
h) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;
i) Laudo Conclusivo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;
j) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo;
k) cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso;
l) cópia autenticada do último hollerith ou comprovante de pagamento, se o seguro for contributário, e;
m) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

15.7 Em Caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, beneficiários ou representante e médico assistente do Segurado;
b) cópia autenticada do RG e CPF e comprovante de residência do Segurado;
c) cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso;
d) cópia autenticada do atestado de alta médica definitiva, informando as seqüelas deixadas pelo acidente, discriminando o grau de redução funcional do membro ou órgão lesado;
e) cópia autenticada de todos os resultados dos exames médicos realizados;
f) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo;
g) cópia autenticada do último hollerith ou comprovante de pagamento, se o seguro for contributário, e;
h) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

15.8 Em Caso de Antecipação Especial por Doença (AED):

a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, comunicando suas condições de saúde e retratando o quadro clínico incapacitante;
b) Declaração médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, constando ainda informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento do estágio da doença que se enquadra nesta cobertura;
c) cópia autenticada do RG e CPF e comprovante de residência do Segurado;
d) Relatório do médico assistente do Segurado indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas dos Segurado;
e) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas na alínea anterior;
f) cópia autenticada do último hollerith ou comprovante de pagamento, se o seguro for contributário, e;
g) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

15.9 Em caso de Incapacidade Temporária:

a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, beneficiário(s) ou representante e pelo médico assistente do Segurado;
b) cópia autenticada do último hollerith ou comprovante de pagamento;
c) cópia autenticada do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado;
d) cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso;
e) cópia autenticada do atestado de alta médica definitiva;
f) cópia autenticada de todos os exames médicos realizados;
g) cópia autenticada do requerimento de Benefício por Incapacidade Temporária solicitado ao INSS, se for o caso;
h) cópia autenticada da Comunicação de Resultado de Exame Médico;
i) cópia autenticada do último hollerith ou comprovante de pagamento, se o seguro for contributário, e;
j) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

15.10 Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas:

a) "Aviso de Sinistro", preenchido e assinado pelo Segurado ou representante(s) legal(is) e médico assistente;
b) cópia autenticada do CPF, RG e comprovante de residência do Segurado;
c) originais de todos comprovantes de despesas médico-hospitalares;
d) cópia autenticada de todos os resultados dos exames médicos realizados;
e) cópia autenticada da CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho - se for o caso;
f) boletim de ocorrência policial, se for o caso;
g) Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido condutor do veículo;
h) cópia autenticada do último hollerith ou comprovante de pagamento, se o seguro for contributário, e;

i) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

15.11 Documentação em caso de sinistro de Cônjuge e/ ou Filhos:

Os documentos que devem ser apresentados para a eventual concessão desta cobertura são os mesmos descritos nos subitens acima, incluindo a cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada e/ou Certidão de Nascimento do(a) Segurado(a) Dependente.

15.12 Documentação em caso de sinistro de doença congênita de Filhos:

a) "Aviso de Sinistro", preenchido e assinado pelo Segurado ou representante(s) legal(is) e médico assistente;

b) cópia autenticada do CPF, RG e comprovante de residência do Segurado;

c) Relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;

d) Cópia autenticada de todos os exames e laudos médicos que comprovem a doença congênita;

e) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento do filho;

f) Cópia atualizada e autenticada da Certidão de Casamento com a gestante, caso a mesma não seja segurada principal; e

g) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

15.13 Documentação para Reembolso de Rescisão Contratual:

a) "Aviso de Sinistro" preenchido e assinado pelo Estipulante, beneficiários ou representante e médico assistente do Segurado;

b) cópia autenticada da Certidão de Óbito;

c) cópia autenticada do RG ou outro documento de identificação e CPF do Segurado e do(s) beneficiário(s);

d) cópia autenticada e atualizada (extraída após o óbito) da Certidão de Casamento do Segurado;

e) Declaração de Únicos Herdeiros;

f) cópia autenticada de declaração do INSS informando quem são os dependentes do Segurado na Previdência Social;

g) Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;

h) Laudo Conclusivo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;

i) Carteira Nacional de Habilitação do falecido quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo seja condutor do veículo;

j) cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho, se for o caso;

k) cópia autenticada do último hollerith ou comprovante de pagamento, se o seguro for contributário;

l) Cópia do registro de Empregado e comprovante de pagamento do salário do mês do óbito;

m) Termo de Rescisão do contrato de trabalho (cópia autenticada) e Guia de Recolhimento do FGTS (GFIP e/ou GRF) do mês da ocorrência do sinistro. Quando segurado for sócio/diretor, apresentar cópia do contrato social da empresa; e

n) Autorização para crédito em conta, no caso de eventual pagamento.

15.14 Para todas as coberturas contratadas, os documentos pessoais deverão ser apresentados em cópias autenticadas, exceto Aviso de Sinistro e comprovantes de despesas, os quais deverão ser apresentados em via original.

15.15 O prazo máximo, após a entrega da documentação exigida pela Seguradora, para a liquidação do sinistro será de 30 (trinta) dias.

15.16 As documentações anteriormente mencionadas não são taxativas, podendo a seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, solicitar outras complementares para análise e elucidação do sinistro, tais como documentos médicos, atestados de autoridades administrativas, sendo que o prazo para liquidação de que trata o subitem anterior ficará suspenso até a data da entrega dos documentos complementares solicitados e sua contagem voltará a correr a partir do dia útil subseqüente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

15.16.1 A tramitação de Inquérito Policial não será causa para indeferimento do pagamento de indenização. Nos casos em que a única dúvida a esclarecer seja quanto ao direito do(s) beneficiário(s), a Seguradora consignará o valor da indenização, caso o sinistro esteja coberto.

15.17 A constatação da Antecipação Especial por Doença conforme definido no item 1 desta cobertura, por meio de um laudo subscrito por profissional, devidamente habilitado na sua especialização, e perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

15.17.1 Nos casos de divergências sobre a Antecipação Especial por Doença e Invalidez Permanente por Acidente, a Seguradora proporá 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.

15.17.1.1 A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Havendo a utilização deste recurso, as partes convencionarão a forma de instituição da arbitragem. 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.

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

15.18 A comprovação das Despesas Médico-Hospitalares previsto no item 1 desta cobertura deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente, discriminado o tratamento realizado e o material utilizado.

15.19 No caso de menores, com idade a partir de 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos, a indenização por Invalidez Permanente por Acidente será paga ao menor Segurado, devidamente assistido por seu representante.

15.19.1 No caso de Segurado com idade inferior a 16 anos, a indenização será paga ao representante do menor Segurado, mediante alvará judicial.

15.20 Em se tratando de evento decorrente de Incapacidade Temporária, a sua ocorrência deverá ser comunicada à Seguradora pelo Segurado ou seu representante, logo que este tenha conhecimento do sinistro, conforme o Código Civil, através do envio do "AVISO DE SINISTRO", acompanhado de toda a documentação necessária à descrição e comprovação do evento, a fim de que a Seguradora possa realizar a Análise Médica.

15.21 Sob pena de perder o direito à indenização, o Estipulante, Segurado e/ou seus beneficiários comunicarão a ocorrência de sinistro à Seguradora, logo que saibam, e tomarão as providências imediatas para minorar-lhe as conseqüências.

15.22 Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

16. PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

16.1 Para recebimento da indenização, deverá ser plenamente provada a ocorrência do evento coberto, bem como

todas as circunstâncias a ele relacionadas, sendo facultada à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

16.2 As despesas efetuadas com a comprovação do evento e documentos de habilitação correrão por conta dos interessados, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

16.3 Se o pagamento da Indenização devida ocorrer após o prazo de 30 (trinta) dias estipulado para a liquidação do sinistro, contados da entrega da documentação básica constante nos subitens 15.5 e 15.6 e nas Condições Especiais das coberturas adicionais contratadas, aplicar-se-á juros de mora de 6% ao ano a partir do 1º (primeiro) dia posterior ao término deste prazo, além da **correção monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), considerando-se a variação apurada entre o último índice publicado antes da data da exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.**

16.4 Além da atualização monetária prevista no subitem acima, ao valor da renda será acrescido o montante resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da Provisão Matemática de Benefícios Concedidos, e a atualização anual aplicada às rendas.

16.5 O reajuste do capital segurado dos aposentados e dos Segurados afastados serão feitos na mesma proporção do reajuste para os Segurados ativos, desde que o critério de reajuste seja adotado para todos os segurados ativos.

17. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

a) O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco;

b) Ficará prejudicado o direito à indenização, além de ser obrigado ao pagamento do prêmio vencido se o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizerem declarações inexatas ou omitir circunstancias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou no valor do prêmio;

c) No caso de fraude ou tentativa de fraude simulando sinistro ou agravando suas conseqüências;

d) Inobservância da Lei ou das obrigações convencionadas neste seguro; e

e) No caso de inobservância da cláusula 18 (Modificações de Risco) por parte do Segurado.

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

17.1.1 Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

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

b) Permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

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

a) Cancelar o seguro, após pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou,

b) 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.

17.1.3 Na hipótese de ocorrência do sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, o seguro será CANCELADO, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

18. MODIFICAÇÕES DE RISCO

18.1 Quaisquer alterações ocorridas durante a vigência da apólice que impliquem em circunstâncias que modifiquem a natureza dos riscos cobertos, deverão ser comunicadas à Seguradora para que se façam os devidos ajustes.

18.2 Consideram-se alterações de risco, entre outras, as seguintes ocorrências:

a) mudança de profissão do Segurado;

b) mudança de residência do Segurado para outro país.

c) prática de esportes (profissional ou amador) tais como: balonismo, asa-delta, vôo-livre, pára-quedismo, hipismo, mergulho com equipamentos de ar comprimido, esqui-aquático e na neve, motociclismo, automobilismo, boxe, lutas-livres, artes marciais e demais esportes considerados de alto risco.

d) uso habitual de substâncias alcoólicas ou entorpecentes de quaisquer espécies, bem como o hábito de fumar.

18.3 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder direito à cobertura, caso fique comprovado que se silenciou por má-fé.

18.3.1 Tal comunicação será submetida novamente à análise de aceitação do Risco.

18.3.2. Poderá a Seguradora, dentro dos 15(quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, dar ciência, por escrito, da decisão de cancelar a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

18.3.3 O cancelamento do seguro em razão da situação descrita no subitem acima só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação ao Segurado, devendo ser restituída a diferença do prêmio calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

18.4 A não comunicação de circunstâncias que caracterizem o agravamento de risco implicará na perda ao direito da indenização do Seguro, uma vez que o Segurado tem o dever de comunicar à Seguradora todo incidente que, de qualquer modo, possa agravar o risco.

19. INSTITUIÇÃO E MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO

19.1 Cabe exclusivamente ao Segurado nomear ou substituir seus beneficiários, através de documento escrito.

19.2 No caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou Antecipação Especial por Doença, o próprio segurado será o beneficiário.

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

19.3.1 A Seguradora, que não for cientificada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

19.4 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 da vocação hereditária.

19.4.1 Na falta das pessoas indicadas no subitem acima, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

19.5 É válida a instituição do(a) companheiro(a) como beneficiário(a), se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

19.6 O Segurado poderá substituir seus beneficiários, a qualquer tempo, mediante aviso prévio e escrito à Seguradora.

19.7 Nenhuma alteração de beneficiários terá validade se não constar na declaração escrita do Segurado.

20. EXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS

O Estipulante e o Segurado se obrigam a declarar, no ato da contratação, no formulário "Proposta de Adesão", ou quando solicitar o aumento do capital segurado, a existência de quaisquer outros seguros de vida.

21. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

21.1 O seguro dará cobertura por todo o Globo Terrestre.

21.2 O disposto no subitem anterior não se aplica à cobertura de Renda Mensal por Incapacidade Temporária, onde a cobertura ficará restrita para eventos ocorridos no Brasil.

22. DO FORO

22.1 As questões judiciais, entre Estipulante, Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Estipulante, do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

22.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no subitem acima.

23. DA DIVULGAÇÃO DO SEGURO

A propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante, dependerá de autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições deste seguro.

24. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

24.1 O Estipulante tem como obrigação durante a vigência da apólice:

a) fornecer para Seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;

b) Fornecer ao Segurado sempre que solicitado qualquer informação relativa ao contrato de seguro;

c) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice quando for diretamente responsável pela sua administração;

d) Discriminar o nome da Seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes aos seguros emitidos para o segurado;

e) comunicar de imediato à Seguradora tão logo tome conhecimento à ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

f) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para liquidação de sinistros;

g) Entregar aos segurados os certificados individuais;

h) Comunicar de imediato à SUSEP qualquer procedimento que considerar irregular quanto ao seguro contratado;

i) Fornecer para a SUSEP qualquer informação solicitada dentro do prazo por ela especificado;

j) Informar o nome da Seguradora bem como o percentual na participação do risco em caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propagando do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante; e

k) O pagamento em dia dos prêmios, o fornecimento da documentação para liquidação de sinistro e informar à Seguradora quando da inclusão e/ou exclusão de segurados, por meio do formulário de "Movimento de Faturas".

24.2 O Estipulante/Segurado declara, no ato do preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, que tomou conhecimento prévio destas Condições Gerais, estando de pleno acordo com as mesmas.

25. DISPOSIÇÕES FINAIS

25.1 A aceitação do seguro estará sujeira à análise do risco.

25.2 Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

25.3 O presente produto não poderá ser utilizado para recebimento de transferência de grupo segurado de outras congêneres.

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

25.5 Não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado.

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

25.7 Os tributos decorrentes do presente Contrato de Seguro serão pagos por quem a lei determinar.

INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE

1. COBERTURA

1.1 Consiste no pagamento de um capital segurado adicional, limitado a 100% (cem per cento) do valor estipulado para a cobertura básica, relativo à Garantia Adicional de Morte Acidental (Indenização Especial por Acidente - IEA), de uma só vez, ao(s) beneficiário(s) indicado(s) na Proposta de adesão, após a **morte acidental** do segurado, decorrente de evento coberto, desde que este tenha ocorrido após o início de vigência e dentro do período de garantia do seguro.

1.1.2 A indenização para esta cobertura poderá corresponder ao dobro do Capital Segurado estabelecido para a Cobertura Básica, a critério do Estipulante, e desde que contratada pelo mesmo mediante manifestação expressa na Proposta de Adesão.

2. DISPOSIÇÕES FINAIS

2.1 A indenização devida por esta Cláusula Adicional não se acumula com outras coberturas asseguradas pela apólice a que se refere a presente.

2.2 Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todos os Riscos Excluídos e as demais disposições deste Seguro de Vida Pequenas e Médias Empresas, conforme Condições Gerais.

INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. COBERTURA

1.1 É a indenização paga ao próprio Segurado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de

um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, desde que esteja terminado o tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e, constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva.

1.2 A indenização para esta cobertura poderá corresponder ao dobro do Capital Segurado estabelecido para a Cobertura Básica, a critério do Estipulante, e desde que contratada pelo mesmo mediante manifestação expressa na Proposta de Adesão.

1.3 O pagamento da indenização corresponderá aos percentuais descritos na Tabela abaixo, de acordo com grau de invalidez permanente.

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	%
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total incurável	100

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	%
PARCIAL DIVERSOS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	%
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, **exclusive** o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos 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	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	%
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda total de um dos pés, isto é perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo ,indenização equivalente a ½, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	de 4 (quatro) centímetros	10
	de 3 (três) centímetros	6
	menos de 3 (três) centímetros sem indenização	

IMPORTANTE

1.4 A reintegração do capital segurado é automática após cada acidente, sem a cobrança de prêmio adicional, desde que a invalidez seja parcial.

1.5 Não estando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

1.6 Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau desta redução (máximo, médio e mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco per cento), 50% (cinqüenta per cento) e 25% (vinte e cinco per cento).

1.6.1 Em todos os casos de Invalidez Parcial não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

1.7 Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para a garantia coberta por esta Cláusula. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à indenização prevista para sua perda total.

1.8 A perda ou agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito a indenização, salvo quando previamente declarado pelo Segurado na contratação do seguro, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente, comprovado mediante laudo médico informando o grau de perda funcional.

1.9 A perda de dentes e os danos estéticos, em conseqüência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente.

1.10 A constatação da Invalidez Permanente Total por Acidente se fará através de declaração médica subscrita por profissional devidamente habilitado na sua especialização. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

As indenizações por Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam em conseqüência de um mesmo evento. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente verificar-se a morte do Segurado, qualquer que seja a causa, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente.

2. DISPOSIÇÕES FINAIS

2.1 A indenização devida por esta Cláusula Adicional não se acumula com outras coberturas asseguradas pela apólice a que se refere a presente.

2.2 Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todos os Riscos Excluídos e as demais disposições deste Seguro de Vida Pequenas e Médias Empresas, conforme Condições Gerais.

ANTECIPAÇÃO ESPECIAL POR DOENÇA

1. COBERTURA

1.1 Consiste na antecipação do pagamento da indenização relativa à cobertura de Morte Natural, que será paga ao segurado, curador ou a quem o represente juridicamente, desde que requerido, nos casos em que este apresente quadro clinico irreversível, em fase terminal, em decorrência das doenças devidamente cobertas por esta cobertura, observados os riscos excluídos. Ainda está previsto como evento coberto, o estado de perda de existência independente do segurado, por motivo de doença, apenas nos casos em que este se encontrar dentro das características relacionadas pelo subitem VIII abaixo.

1.1.1 Considera-se segurado com quadro clínico irreversível e em fase terminal aquele que apresente estado clínico gravíssimo, sem perspectiva de recuperação, devidamente comprovado por profissional legalmente habilitado, nos casos das enfermidades abaixo cobertas:

I - Deficiência visual, decorrente de doença:

a) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

b) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;

c) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou,

d) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

II - Coma irreversível por doença, exceto decorrente do uso de álcool e drogas.

II.a Entende-se por coma estado de inconsciência, sem resposta a estímulos externos, persistindo continuamente com as medidas de suporte de vida por um período de pelo menos 96 (noventa e seis) horas e resultante em déficits neurológicos permanentes.

III - Doenças Terminais.

III.a Entende-se por Doenças Terminais como aquelas em fase avançada, progressiva e incurável, sem possibilidades de respostas a nenhuma medida terapêutica, conhecida e aplicada, sem expectativa de cura ou prolongamento da sobrevida, onde o esperado é o óbito.

IV - Alienação mental decorrente de doença, manifestada e diagnosticada durante a vigência do seguro.

IV.a Entende-se por alienação mental, distúrbio mental ou neuromental grave e persistente no qual, esgotados os meios habituais de tratamento, haja alteração completa ou considerável da personalidade, tornando o paciente total e permanentemente impossibilitado para qualquer trabalho e incluso na qualificação de curatelado(a) em definitivo.

V - Insuficiência cardíaca, refrataria ao tratamento, com classificação funcional, grau IV, de acordo com a tabela NYHA, exceto doenças congênitas.

V.a Entende-se por Insuficiência cardíaca ou cardiopatia grave, doença que curse com alterações hemodinâmicas evidentes e marcadas, com disfunções locais de ordem rítmica, isquêmica, obstrutivo-restritivas ou de mortalidade e/ou com acometimento dos órgãos-alvo, representando-se como condição funcional de grau IV (NYHA), tornando o paciente incapaz de atividade física de qualquer espécie. Esta condição deve ser comprovada pelo exame físico e métodos complementares que a medicina especializada venha a exigir.

VI - Doenças Crônicas

VI.a Entende-se por doenças crônicas, as que atingem os portadores de doenças incuráveis, que são **mantidos definitivamente no leito, com ou sem ajuda de aparelhos, com caráter progressivo,** com manifestações clínicas avançadas acometendo

órgãos-alvo (consumptivas), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em protocolos de tratamento direcionados à cura e/ou seu controle clínico.

VII - Perda de existência independente do segurado

VII.a Entende-se perda de existência independente do segurado, aquele que por motivo de doença, vier apresentar alguns dos estados mórbidos relacionados a seguir:

a) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;

b) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de duas mãos ou de dois pés;

c) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

VIII - A constatação da Antecipação Especial por Doença, conforme definido neste item se fará por declaração médica subscrita por profissional, devidamente habilitado na sua especialização e perícia realizada na esfera administrativa ou judicial.

VIII.a A concessão desta cobertura não está vinculada à aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas.

VIII.b Estão expressamente excluídos desta garantia todos os riscos definidos no item 4 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice.

VIII.c Para fins desta Garantia o Capital Segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na Apólice, sendo este 100% do Capital da Garantia de Morte. Uma vez paga a indenização referente a esta garantia, o seguro estará automaticamente cancelado.

IX - Sendo reconhecida a antecipação pela seguradora, a capital relativa á garantia básica deve ser pago de uma só vez ao próprio segurado ou em até 24 prestações mensais e sucessivas, atualizadas monetariamente e capitalizadas a juros de 6% a.a. na forma da Tabela Price.

2. DISPOSIÇÕES FINAIS

2.1 A indenização devida por esta Cláusula Adicional não se acumula com outras coberturas asseguradas pela apólice a que se refere a presente.

2.2 Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todos os Riscos Excluídos e as demais disposições deste Seguro de Vida Pequenas e Médias Empresas, conforme Condições Gerais.

RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

1. COBERTURA

1.1 Consiste na série de pagamentos ao próprio Segurado que ficar incapacitado temporariamente de exercer suas atividades profissionais por solicitação médica, em decorrência de doença ou acidente pessoal, excetuando-se as exclusões previstas na cláusula 4.

1.2 O capital segurado da cobertura de renda por incapacidade temporária corresponderá a um percentual do Capital Segurado da cobertura de morte, estabelecido na Proposta de Adesão, limitado ao valor do salário nominal mensal do respectivo Segurado principal, desde que não ultrapasse R$ 12.000,00 (doze mil) reais.

1.2.1 A importância segurada será devida quando o segurado completar um mês de afastamento e será concedida na forma de renda mensal, no período de 30 (trinta), 60 (sessenta) ou 90 (noventa) dias.

1.2.2 O capital segurado da cobertura de renda por incapacidade temporária deverá ser concedido na proporção de 1/3 para cada mês de afastamento.

2. DISPOSIÇÕES FINAIS

2.1 A indenização devida por esta Cláusula Adicional não se acumula com outras coberturas asseguradas pela apólice a que se refere a presente.

2.2 Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todos os Riscos Excluídos e as demais disposições deste Seguro de Vida Pequenas e Médias Empresas, conforme Condições Gerais.

RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

1.COBERTURA

1.1 Consiste na série de pagamentos ao próprio Segurado que ficar incapacitado temporariamente de exercer suas atividades profissionais por solicitação médica, em decorrência de acidente pessoal, excetuando-se as exclusões previstas na cláusula 4.

1.1.1 O direito à indenização será devido a partir de completado cada mês de afastamento. A indenização será concedida na forma de renda mensal, no período de 30 (trinta), 60 (sessenta) ou 90 (noventa) dias.

1.2 O capital segurado da cobertura de renda por incapacidade temporária corresponderá a um percentual do Capital Segurado da cobertura de morte, estabelecido na Proposta de Adesão, limitado ao valor do salário nominal mensal do respectivo Segurado principal, desde que não ultrapasse R$ 12.000,00 (doze mil) reais.

1.2.1 A importância segurada será devida quando o segurado completar um mês de afastamento e será concedida na forma de renda mensal, no período de 30 (trinta), 60 (sessenta) ou 90 (noventa) dias.

1.2.2 O capital segurado da cobertura de renda por incapacidade temporária deverá ser concedido na proporção de 1/3 para cada mês de afastamento.

2. DISPOSIÇÕES FINAIS

2.1 A indenização devida por esta Cláusula Adicional não se acumula com outras coberturas asseguradas pela apólice a que se refere a presente.

2.2 Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todos os Riscos Excluídos e as demais disposições deste Seguro de Vida Pequenas e Médias Empresas, conforme Condições Gerais.

DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. COBERTURA

1.1 É a indenização de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, **decorrentes de acidente coberto**, efetuadas exclusivamente pelo Segurado para **seu tratamento**, desde que iniciado nos trinta primeiros dias contados da data do evento, sob orientação médica, incluindo diárias hospitalares necessárias para o restabelecimento do Segurado, observados os critérios de liquidação de sinistro constantes do subitem 15.10.

1.2 O Capital Individual, por evento, para a cobertura de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, corresponderá à percentagem do Capital Segurado para a cobertura de Morte, conforme indicado na Proposta de Adesão.

1.3 Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

1.4 A comprovação das despesas médico-hospitalares e/ ou Odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação

dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios do médico assistente.

1.5 As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizados monetariamente pela Seguradora, quando da liquidação do sinistro.

1.6 Esta cobertura se extingue com o esgotamento da importância contratada, conforme o disposto no subitem 1.2.

2. DISPOSIÇÕES FINAIS

2.1 A indenização devida por esta Cláusula Adicional não se acumula com outras garantias asseguradas pela apólice a que se refere a presente.

2.2 Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todos os Riscos Excluídos e as demais disposições deste Seguro de Vida Pequenas e Médias Empresas, conforme Condições Gerais.

INCLUSÃO DE CÔNJUGE

1. COBERTURA

1.1 A presente Cláusula garante ao Segurado Principal o pagamento de uma indenização, de acordo com o Capital Segurado contratado para esta Cobertura, no caso de falecimento do cônjuge, mediante pagamento de prêmio adicional.

1.2 Equiparam-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do Segurado principal, desde que haja concordância com a anotação feita na carteira profissional e/ou com a declaração do Imposto de Renda, em conformidade com as leis brasileiras sobre a matéria.

1.2.1 Os Segurados pertencentes a categorias profissionais para as quais não são expedidas Carteiras Profissionais podem incluir no Seguro a(o) companheira(o), quando esta(e) estiver registrada(o) de acordo com regulamentação própria.

1.3 Em hipótese alguma o Capital Segurado garantido por esta Cláusula poderá ser superior ao do segurado principal.

1.4 Não poderão participar desta Cláusula suplementar o cônjuge ou companheiro(a) que já faça parte do mesmo grupo segurável como Segurado Principal.

1.5 Condições de Aceitação para Inclusão de Cônjuge

Somente será aceito o Cônjuge que se encontrar em condições satisfatórias de saúde, na data de seu ingresso no seguro, mediante preenchimento de Declaração de Saúde constante na Proposta de Adesão.

1.5.1 Se o Segurado Principal, responsável pelas informações prestadas na Declaração de Saúde, as fizer de forma inexata, ou ainda omitir circunstâncias que possa influir na aceitação do risco ou na taxa do prêmio, perderá o direito à cobertura, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

1.6 A indenização por morte devida por esta cobertura será paga ao Segurado Principal.

1.7 O capital segurado para a cobertura do cônjuge será equivalente ao percentual expresso na Proposta de Adesão, aplicável à garantia básica do respectivo segurado principal.

2. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

2.1 Início

A(s) coberturas(s) concedida(s) pela presente cobertura começara(ão) a vigorar na data do início da garantia do risco individual do Segurado Principal, para o cônjuge admitido no seguro simultaneamente, ou na data da inclusão desta garantia na apólice.

2.2 Término

A cobertura concedida pela presente Cláusula cessa:

a) com o cancelamento do Seguro ou da presente garantia;

b) com a morte, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Antecipação Especial por Doença do Segurado Principal;

c) com a exclusão do Segurado Principal da apólice;

d) no caso de separação judicial, separação de fato ou divórcio;

e) a pedido do Segurado Principal, por escrito; e

f) com o pagamento da indenização da presente garantia.

3. DISPOSIÇÕES FINAIS

3.1 A indenização devida por esta Cláusula Adicional não se acumula com outras coberturas asseguradas pela apólice a que se refere a presente.

3.2 Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todos os Riscos Excluídos e as demais disposições deste Seguro de Vida Pequenas e Médias Empresas, conforme Condições Gerais.

INCLUSÃO DE FILHOS

1. COBERTURA

1.1 A presente Cláusula garante ao Segurado Principal o pagamento de uma indenização, de acordo com o Capital Segurado contratado para esta Cobertura, no caso de falecimento do(s) filho(s) especificados na Proposta de Adesão, mediante pagamento de prêmio adicional.

1.2 Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal.

1.3 Quando ambos os cônjuges forem segurados do grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior Capital Segurado, ou no caso de capitais equivalentes, daquele que possuir maior idade, sendo este denominado segurado dependente para efeito desta garantia.

1.4 Não poderão participar desta cobertura suplementar os filhos que façam parte do grupo segurável como Segurados Principais.

1.5 O Capital Segurado da cobertura básica do filho não poderá exceder, em hipótese alguma, ao limite constante na Proposta de Adesão, não podendo ser superior à 100% do capital segurado do respectivo Segurado principal observado o subitem 1.3.

1.6 Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se 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.

1.7 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às garantias do segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes aos herdeiros legais dos segurados.

2. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

2.1 Início

A garantia concedida pela presente garantia começará a vigorar na data do início da garantia do risco individual do Segurado Principal, para o cônjuge admitido no seguro simultaneamente, ou na data da inclusão desta garantia na apólice.

2.2 Término

A garantia concedida pela presente Cláusula cessa:

a) com o cancelamento do Seguro ou da presente garantia;
b) com a morte, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Antecipação Especial por Doença do Segurado Principal;
c) com a exclusão do Segurado Principal da apólice;
d) a pedido do Segurado Principal, por escrito; e
e) com o pagamento da indenização da presente garantia.

3. DISPOSIÇÕES FINAIS

3.1 A indenização devida por esta Cláusula Adicional não se acumula com outras garantias asseguradas pela apólice a que se refere a presente.

3.2 Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todos os Riscos Excluídos e as demais disposições deste Seguro de Vida Pequenas e Médias Empresas, conforme Condições Gerais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE CESTA BÁSICA

1. COBERTURA

1.1 A presente cláusula adicional tem por objetivo garantir, dentro dos limites estabelecidos e mediante o pagamento de prêmio adicional, o fornecimento do valor de R$ 120,00 (Cento e vinte reais) referente à cesta básica, que será fornecido mensalmente ao beneficiário indicado pelo Segurado especificamente para este benefício, durante o período de 12 (doze) meses, quando da ocorrência de falecimento do Segurado Principal.
1.2 O índice de atualização utilizado para reajuste do valor das Cestas Básicas será o constante no subitem 11.1 das Condições Gerais.
1.3 Esta cláusula adicional não é extensiva à cobertura por Invalidez por Acidente e Antecipação Especial Por Doença.

2. ÂMBITO TERRITORIAL DE GARANTIA

2.1 A garantia desta Cláusula Adicional é válida enquanto o beneficiário mantiver residência no Brasil.
2.2 Se o beneficiário, em gozo deste benefício, vier a ter seu domicílio no exterior, mediante aviso prévio à Seguradora, receberá à vista e em dinheiro o valor correspondente ao restante das cestas a que teria direito.

3. DA ENTREGA

3.1 Estando o sinistro coberto, a entrega da primeira cesta básica se dará na primeira quinzena do mês subseqüente à apresentação na Seguradora de todos os documentos necessários.
3.1.1 Caso o sinistro ocorra na segunda quinzena do mês, a primeira cesta básica será entregue na segunda quinzena do mês subseqüente e as demais na mesma data dos meses subseqüentes.
3.2 A entrega da Cesta Básica abrangerá todo o território nacional, e será efetuada no endereço e horário estipulados pelo beneficiário, quando da ocorrência do sinistro.
3.3 Toda e qualquer alteração de endereços e horários para o recebimento da Cesta Básica deverá ser comunicada previamente à seguradora, sob pena de perda do direito ao seu recebimento.

4. CESSAÇÃO DA COBERTURA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA

A cobertura dada por esta cláusula Adicional cessará:
a) com o cancelamento da apólice ou exclusão do segurado principal;
b) com o cancelamento desta Cláusula Adicional;
c) com a utilização integral, pelo beneficiário, das 12 (doze) cestas básicas garantidas por esta Cláusula Adicional ou seu pagamento integral em dinheiro.

5. BENEFICIÁRIOS

5.1 O segurado deverá nomear um beneficiário específico para o recebimento deste benefício na Proposta de Adesão.
5.1.1 Não havendo nomeação deste beneficiário pelo segurado, a seguradora converterá em dinheiro o valor das 12 (doze) cestas básicas, pagando aos herdeiros legais.
5.2 Este benefício poderá ser convertido em dinheiro, mesmo havendo indicação de beneficiário, houver manifestação de vontade mediante declaração formal à Seguradora. Neste caso, o pagamento será realizado à vista.

6. AVALIAÇÕES DA TAXA

6.1 A Seguradora efetuará avaliações anuais da taxa utilizada para o cálculo do prêmio desta Cláusula Adicional, 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.
6.2 Havendo necessidade de ajustes e, preservados os direitos dos segurados, a nova taxa será, com anuência do Estipulante, aplicada a partir do próximo aniversário anual de cada apólice em vigor nesta Seguradora.

7. DISPOSIÇÃO FINAL

Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todos os Riscos Excluídos e as demais disposições deste Seguro de Vida Pequenas e Médias Empresas, conforme Condições Gerais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA COBERTURA DE RENDA PERDA DE EMPREGO

1. CONCEITO

Para os fins desta Cláusula Adicional, “desemprego” é a rescisão do contrato de trabalho por decisão única e exclusiva do empregador, desde que não motivado por justa causa conforme estabelece a Consolidação das Leis do Trabalho vigente no país.

2. COBERTURA

A presente cláusula adicional tem por objetivo garantir, ao próprio Segurado ou ao Estipulante, neste último caso, somente quando o seguro tiver por causa declarada a garantia de alguma obrigação, em caso de desemprego do Segurado, dentro dos limites estabelecidos e sob as condições a seguir enumeradas, o pagamento de até 3 (três) parcelas fixas, de valor correspondente a importância indicada na respectiva proposta do seguro.

3. CRITÉRIOS DE ACEITAÇÃO

3.1 Esta cláusula adicional destina-se exclusivamente a profissionais com vínculo empregatício.
3.2 Não estão cobertos os autônomos, empresários e demais considerados profissionais liberais, não cabendo, portanto a cobrança do prêmio respectivo.

4. CONDIÇÃO PARA A CONCESSÃO DA COBERTURA

A concessão desta cobertura estará condicionada à comprovação de vínculo empregatício ininterrupto nos últimos 12 (doze) meses.

5. CARÊNCIA

Haverá uma carência inicial de 3 (três) meses, a contar da data da contratação desta cláusula adicional, durante o qual o Segurado não terá direito à percepção desta cobertura.

6. COMPROVAÇÃO DO DESEMPREGO

6.1 No aviso à Seguradora e durante o pagamento de cada parcela, o desemprego é comprovado mediante apresentação da Carteira Profissional juntamente com atestado da empresa informando o motivo da demissão.

6.2 Os documentos necessários são:

a) cópias autenticadas do RG, CPF e comprovante de residência do Segurado; e

b) Original da carteira ou contrato de trabalho do Segurado, constando a rescisão contratual.

7. PAGAMENTO DA RENDA

7.1 Estando o sinistro coberto, o pagamento da primeira parcela será efetuado até o 30º (trigésimo) dia útil da entrega à Seguradora, da documentação mencionada no item acima, sendo devidos os demais pagamentos, se prevalecer a condição de desemprego.

7.2 Na data do recebimento de cada parcela, cabe ao Segurado apresentar documentação probatória da situação de desemprego para fazer jus ao recebimento da próxima, até o limite das rendas contratadas.

7.3 Caso não ocorra a comprovação da condição de desempregado no prazo de 30 (trinta) dias contados do último pagamento, entender-se-á que o desemprego não mais subsiste, cessando automaticamente os efeitos da presente garantia.

8. CESSAÇÃO DA COBERTURA CONCEDIDA POR ESTA CLÁUSULA

A cobertura dada por esta cláusula Adicional cessará ainda:

a) com o cancelamento da apólice;

b) com o cancelamento desta Cláusula Adicional;

c) com a ocorrência de circunstância que determine a inexistência ou suspensão da garantia desta cláusula adicional, como a não comprovação do vínculo empregatício, no caso dos autônomos, empresários e demais considerados profissionais liberais;

d) com a ocorrência da Morte, Invalidez Permanente Total por Acidente ou Antecipação Especial por Doença, se contratadas;

e) com a utilização integral, pelo Segurado, da quantidade de termos de renda contratados, constante da apólice, garantidas por esta cláusula adicional;

f) quando o Segurado conseguir novo vínculo empregatício; e

g) com o esgotamento do capital segurado.

9. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A cobertura desta Cláusula Adicional é válida enquanto o segurado mantiver residência no Brasil.

10. DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1 A indenização devida por esta Cláusula Adicional não se acumula com outras coberturas asseguradas pela apólice a que se refere a presente.

10.2 Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todos os Riscos Excluídos e as demais disposições deste Seguro de Vida Pequenas e Médias Empresas, conforme Condições Gerais.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETO

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, a Seguradora obriga-se a garantir o reembolso de despesas com funeral aos Beneficiários, ou prestação de serviços de assistência funeral, na hipótese de ocorrência de morte do Segurado, conforme previsto nestas condições, desde que não esteja abrangida pela Cláusula 4 - Dos Riscos Excluídos e respeitadas as demais condições contratuais.

1.2 O serviço de assistência Funeral será concedido:

a) no Plano Individual: a todos os segurados principais (excluído cônjuge e filhos); e

b) no Plano Familiar: a todos os segurados principais, seu cônjuge ou companheiro(a) legalmente reconhecido(a) e os **filhos menores de 18 anos** e dependentes legais.

2. DA COBERTURA DA ASSISTÊNCIA FUNERAL

2.1 Esta garantia prevê a cobertura de morte do Segurados e/ ou Familiares (se contratado Plano Familiar), sendo caracterizado pelo reembolso de despesas com funeral **ou** prestação de serviços de assistência funeral, a critério do(s) Beneficiário(s), até o limite estabelecido na apólice e constante no certificado.

2.2 O beneficiário poderá optar pela utilização da prestação de serviços de Assistência Funeral, sem qualquer direito a reembolso posterior.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

a) Inundação, furacão, erupção vulcânica, tempestade, terremotos, movimentos sísmicos;

b) Ocorrências de irradiação decorrentes de transmutação nuclear, desintegração ou radioatividade, bem como casos de força maior;

c) Ocorrências em situações de guerra, comoções sociais, atos de terrorismo e sabotagem, greves e quaisquer outras perturbações de ordem pública Esta exclusão não poderá ser aplicada para os casos em que o Segurado estiver no exercício da prestação de serviço militar, de atos de humanidade em auxílio de outrem, no exercício legal de prática de esportes ou quando estiver utilizando, legalmente, de meio de transporte mais arriscado;

d) Suicídio do Segurado cometido dentro dos primeiros 24 meses de vigência do Seguro, ou da sua recondução;

e) Translado do corpo para cremação desde o local do evento até outro Município onde a cremação possa ser efetuada;

f) Aquisição de jazigo;

g) A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento;

h) Doenças preexistentes à contratação do Seguro que já eram de conhecimento do segurado e que não foram declaradas na Proposta de Adesão;

i) 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 ou ionizantes; e

j) Eventos decorrentes de Ato ilícito Doloso praticado pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou de outro.

4. DO REEMBOLSO

4.1 Em caso de falecimento do Segurado, o pedido de reembolso deverá ser requerido diretamente à Seguradora, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

a) Nota(s) Fiscal(is) original(is), correspondente(s) aos gastos relativos ao funeral; e

b) Cópias autenticadas do CPF e RG do Custeador.

4.2 O reembolso das despesas com o funeral, desde que estejam devidamente comprovadas, será único e limitado ao valor de até R$ 3.000,00 (três mil reais).

5. DO PEDIDO DE SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA

5.1 Caso a opção dos familiares não seja pelo reembolso, mas sim pela utilização do serviço que a empresa credenciada presta, estes poderão manter contato com a Central de Atendimento do Serviço de Assistência, inclusive à cobrar, fornecendo os seguintes dados:

a) nome do Segurado e nº da apólice correspondente;

b) o local e o número do telefone onde o Serviço de Assistência poderá encontrar os familiares/representantes do Segurado; e

c) os documentos necessários para comprovar o vínculo empregatício ou familiar.

5.2 Se a ligação a cobrar não for possível, as despesas de comunicações com a Central de Atendimento serão reembolsadas mediante apresentação dos comprovantes originais dos gastos telefônicos.

5.3 Os familiares deverão cooperar com o Serviço de Assistência a fim de possibilitar que este possa prestar os serviços mencionados nesta Condição Especial, inclusive se houver necessidade, através do envio ao Serviço de Assistência de documentos originais, às custas da mesma, para o cumprimento das formalidades necessárias.

6. COBERTURAS DO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

6.1 Assessoria para as Formalidades Administrativas

O Serviço de Assistência dirigir-se-á à residência/hospital do óbito, para providenciar todos os documentos necessários para o encaminhamento do sepultamento junto à funerária do Município. Encaminhará até a funerária do Município os documentos necessários para o sepultamento, tomando as medidas devidas para a realização do funeral, entregando então à família toda a documentação respectiva, posicionando-a das providências tomadas. Será solicitado o acompanhamento de um membro da família, caso o Serviço de Assistência julgue necessário.

6.2 Carro Funerário

O Serviço de Assistência colocará a disposição da família um carro funerário para transporte do corpo desde o local do óbito até o local do velório e depois até o local onde se fará o sepultamento/ cremação desde que dentro do mesmo Município.

6.3 Coroa de Flores

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma coroa de flores da época, juntamente com uma faixa de dizeres redigida pela família.

6.4 Locação de Jazigo

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

6.5 Mesa de Condolências

O Serviço de Assistência providenciará uma mesa onde será colocado o livro de presença.

6.6 Ornamentação de Urna

O Serviço de Assistência colocará a disposição da família, flores da época para o interior da urna, bem como vestirá o corpo se assim a família desejar.

6.7 Paramentos

O Serviço de Assistência se responsabilizará pelos castiçais e velas que acompanham a urna bem como pelos aparelhos de ozona.

6.8 Passagem para um Parente

Caso a família do Segurado opte por fazer o sepultamento no Local do evento e, não sendo este o Município de domicílio do Segurado, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem aérea - classe econômica - ou rodoviária, para um membro da família acompanhar o sepultamento.

6.9 Registro de Óbito

O Serviço de Assistência efetuará o registro do óbito em cartório, se necessário acompanhado de um membro da família.

6.10 Sepultamento ou Cremação

O Serviço de Assistência providenciará o sepultamento no túmulo ou jazigo, podendo ainda o Segurado ser cremado, caso esta opção tenha sido formalizada em vida, com documentação pertinente. As respectivas taxas serão pagas pelo Serviço de Assistência.

6.10.1 O Serviço de Assistência não se responsabilizará e não arcará com despesas pela exumação dos corpos que estejam no jazigo quando do sepultamento.

6.10.2 A cremação sempre será de responsabilidade do Serviço de Assistência. Caso o óbito ocorra ou o Segurado resida em Município que não disponha deste serviço, tendo a família optado pela cremação, a mesma deverá arcar com o translado do corpo desde o local do evento até o local da cremação.

6.11 Serviço de Retorno / Repatriamento de Corpo

Em caso de falecimento do Segurado durante viagem, o Serviço de Assistência atenderá às formalidades necessárias para o retorno / repatriamento do corpo, transportando-o em esquife standard até o Município de domicílio do Segurado.

6.12 Urna/Caixão

O Serviço de Assistência garante o pagamento da Urna ou caixão dentro do valor estipulado contratado.

6.13 Velório

O Serviço de Assistência colocará à disposição da família uma sala velatória ou capela, conforme o local.

7. DAS LIMITAÇÕES AOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA

7.1 Estão limitados os Serviços de Assistência nos seguintes casos:

a) os Serviços de Assistência acima expostos não poderão ser prestados enquanto não houver cooperação por parte dos familiares do Segurado ou outrem que vier a requerer assistência em seu nome, no que se refere às informações requisitadas pela Central de Atendimento (dados imprescindíveis ao atendimento, como o nome, endereço, nº da apólice e outros que vierem a se tornar necessários).

b) Caso o óbito ocorra no exterior e a família opte pelo sepultamento/cremação no local do evento, o Serviço de Assistência providenciará uma passagem para um membro da família e reembolsará os gastos efetuados com o sepultamento/cremação até o limite estabelecido na apólice e constante no Certificado, mediante entrega dos comprovantes originais das despesas respectivas.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DE GARANTIA

A Cobertura Adicional de Assistência Funeral é devida ao Segurado residente no Brasil, quando o óbito ocorrer dentro ou fora de seu Município de domicílio permanente, ou ainda quando em viagens ao exterior.

9. DISPOSIÇÃO FINAL

9.1 O pagamento deste benefício não obriga a Seguradora

a dar garantia às demais garantias contratadas pelo Segurado, as quais serão analisadas independentemente.
9.2 Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todos os Riscos Excluídos e as demais disposições deste Seguro de Vida Pequenas e Médias Empresas, conforme Condições Gerais.

DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS

1. COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, **a Seguradora obriga-se a garantir o** pagamento do capital segurado, ao titular do seguro quando constatada doença congênita de seu filho, caracterizada até o 6º (sexto) mês posterior ao nascimento.

1.2 O capital segurado corresponderá ao percentual da garantia básica determinada na proposta de contratação, não podendo ser superior à 100% do capital segurado do respectivo Segurado principal.

2. DISPOSIÇÕES FINAIS

2.1 A indenização devida por esta Cláusula Adicional não se acumula com outras coberturas asseguradas pela apólice a que se refere a presente.

2.2 Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todos os Riscos Excluídos e as demais disposições deste Seguro de Vida Pequenas e Médias Empresas, conforme Condições Gerais.

RESCISÃO CONTRATUAL

1. COBERTURA

1.1 Mediante pagamento de prêmio adicional, **a Seguradora obriga-se a garantir** à empresa ou ao empregador, uma indenização para o acerto rescisório trabalhista devidamente comprovado, desde que ocorra a morte natural ou acidental do segurado.

1.2 O capital segurado corresponderá ao percentual da garantia básica determinada na proposta de contratação, não podendo ser superior à 100% do capital segurado do respectivo Segurado principal.

2. DISPOSIÇÕES FINAIS

2.1 A indenização devida por esta Cláusula Adicional não se acumula com outras coberturas asseguradas pela apólice a que se refere a presente.

2.2 Aplicam-se a esta Cláusula Adicional, no que não conflitarem, todos os Riscos Excluídos e as demais disposições deste Seguro de Vida Pequenas e Médias Empresas, conforme Condições Gerais.