

Seguro de Vida em Grupo
Condições Gerais

ÍNDICE - CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO

Glossário de Termos Técnicos.....	3
Cláusula 1 – <u>Objetivo do Seguro</u>	6
Cláusula 2 – <u>Âmbito Geográfico da Cobertura</u>	6
Cláusula 3 – <u>Garantias do Seguro</u>	6
Cláusula 4 – <u>Riscos Excluídos</u>	12
Cláusula 5 – <u>Classificação dos Grupos Seguráveis</u>	13
Cláusula 6 – <u>Carência</u>	14
Cláusula 7 – <u>Condições da Aceitação da Proposta de Segurados</u>	14
Cláusula 8 – <u>Início de Vigência do Contrato de Seguro ou de sua Alteração/Renovação</u>	17
Cláusula 9 – <u>Cláusulas Suplementares</u>	17
Cláusula 10 – <u>Cessação da Cobertura de Cada Segurado</u>	19
Cláusula 11 – <u>Capital Segurado</u>	19
Cláusula 12 – <u>Atualização e Alteração de Valores Contratados</u>	20
Cláusula 13 – <u>Pagamento de Prêmio</u>	20
Cláusula 14 – <u>Cancelamento, Suspensão e Reabilitação do Seguro</u>	21
Cláusula 15 – <u>Liquidação de Sinistros/Pagamento da Indenização</u>	22
Cláusula 16 – <u>Perda de Direitos</u>	24
Cláusula 17 – <u>Beneficiários</u>	25
Cláusula 18 – <u>Regime Financeiro</u>	26
Cláusula 19 – <u>Sub-Rogação</u>	26
Cláusula 20 – <u>Foro</u>	26
Cláusula 21 – <u>Excedente Técnico</u>	26
Cláusula 22 – <u>Concorrência de Apólices</u>	27
Cláusula 23 – <u>Prescrição</u>	27
Cláusula 24 – <u>Disposições Gerais</u>	27



CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO

GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

ACIDENTE PESSOAL: É o evento com data caracterizada, exclusivo, diretamente externo, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só independente de toda e qualquer outra causa, tenha como conseqüência direta a morte, ou invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico;

APÓLICE: Documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente ou pelo estipulante;

ASSISTIDO: É o beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado sob a forma de renda;

BENEFICIÁRIO: Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro;

BOA-FÉ: Um dos princípios básicos do seguro. Este princípio obriga as partes a atuar com a máxima honestidade na interpretação dos termos do contrato e na determinação do significado dos compromissos assumidos. O segurado se obriga a descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou ocorrência de sinistro. A Seguradora, por seu lado é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir o seu conteúdo de forma clara para que o segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes. Este princípio obriga, igualmente, a Seguradora a evitar o uso de fórmulas ou interpretações que limitem sua responsabilidade perante o segurado;

CANCELAMENTO DA APÓLICE: Baixa do seguro, no registro geral de apólice por falta de pagamento do prêmio, anulação do contrato ou pelo pagamento de indenização por morte do segurado;

CAPITAL SEGURADO: É a importância em dinheiro que representa o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência de sinistro;

CARREGAMENTO: Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;

CERTIFICADO INDIVIDUAL: Documento destinado ao segurado, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio;

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual;

CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante;

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;



CONTRATO: Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários;

CONSIGNANTE: Pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação dos descontos em folhas de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos Segurados;

DOENÇA: É o processo mórbido definido, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que leva o indivíduo a tratamento médico;

DOENÇA PRÉ-EXISTENTE: É toda doença congênita ou adquirida antes da contratação do seguro, que comprometa a função orgânica ou coloque em risco a saúde do indivíduo por sua ação direta ou indireta e suas conseqüências, da qual o indivíduo tem conhecimento;

ESTIPULANTE: É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida dos poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio;

EVENTO: Termo que define sinistro ou acontecimento previsto com cobertura ou não no contrato;

EXCEDENTE TÉCNICO: Saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período;

GRUPO SEGURADO: É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;

GRUPO SEGURÁVEL: É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva;

INDENIZAÇÃO: É o valor que a **Sociedade seguradora** deverá pagar ao Segurado ou Beneficiário, no caso da efetivação do risco coberto, previsto no contrato de seguro, Limitada ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura;

INÍCIO DE VIGÊNCIA: É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora;

MIGRAÇÃO DE APÓLICE: É a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência;

NOTA TÉCNICA ATUARIAL: Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP, previamente a comercialização;

PARÂMETROS TÉCNICOS: São a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso;

PERÍODO DE COBERTURA: Aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;

PRAZO DE CARÊNCIA: Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados;

PRÊMIO: Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.



PRÊMIO COMERCIAL: Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver;

PRÊMIO PURO: Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver;

PROPONENTE: É o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva;

PROPOSTA DE ADESÃO: Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

PROVISÕES TÉCNICAS: São assim chamadas nas empresas de seguros algumas Reservas obrigatórias. Formam parte integrante e indispensável do mecanismo do seguro, sendo constituídas mensalmente e independente da existência de lucro na Seguradora;

REINTEGRAÇÃO: É de recomposição do capital segurado de uma cobertura, na mesma proporção em que foi reduzida em função de um sinistro indenizado;

RISCOS EXCLUÍDOS: São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano;

SEGURADO: Pessoa física ou jurídica sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro;

SEGURADORA: É uma empresa autorizada pela SUSEP a operar no Brasil. Mediante a cobrança do prêmio, assume o risco e garante a indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo contrato de seguro;

SEGURO PROLONGADO: É o direito a manutenção temporária da cobertura, com o mesmo capital segurado contratado, na eventualidade de ocorrer à interrupção definitiva do pagamento dos prêmios;

SINISTRO: Termo utilizado para definir em qualquer ramo ou carteira de seguro, o acontecimento do evento previsto e coberto no contrato durante o seu período de vigência;

TERCEIROS: Qualquer pessoa física ou jurídica que não seja o Funcionário Segurado, o Próprio Segurado, o Causador do Sinistro, os Sócios, os Controladores, os Diretores ou Administradores da empresa segurada, bem como seus cônjuges, pais e filhos e/ou Pessoa que dependa economicamente do Segurado;

VIGÊNCIA: Período de tempo indicado na apólice durante o qual vigora a garantia contratada com a **SOCIEDADE SEGURADORA**.

CLÁUSULA 1 - OBJETIVO DO SEGURO

O presente seguro tem por objetivo garantir até o limite do Capital Segurado, o pagamento de uma Indenização ao **Beneficiário**, caso o Segurado, venha a **Falecer** ou ficar **Inválido Permanentemente**, em função de evento coberto.



CLÁUSULA 2 - ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

O presente seguro abrange os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

CLÁUSULA 3 - GARANTIAS DO SEGURO

COBERTURAS:

BÁSICA

MORTE QUALQUER CAUSA – CONTRATAÇÃO OBRIGATÓRIA

Esta cobertura garante ao **BENEFICIÁRIO**, o pagamento de uma indenização, em caso de morte do Segurado, independente de qual seja a causa determinante, limitado ao **Capital Segurado** contratado para esta cobertura e em vigor na data do evento coberto.

ADICIONAIS

3.1 - INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE (IEA)

É a garantia de pagamento de um capital proporcional ao da Garantia Básica, limitado 100% desta, em caso de Morte por Acidente Pessoal, conforme definido no Glossário de Termos Técnicos.

Incluem-se ainda, no conceito de Acidente Pessoal as lesões decorrentes de:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, acidente pessoal, observada legislação em vigor.
- b) os acidentes decorrentes da ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica,

quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

d) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e

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

Não se incluem no conceito de Acidente Pessoal:

a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por esforço repetitivo – **LER**; Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – **DORT**; Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – **LTC**, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamento, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e



d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no Glossário de Termos Técnicos.

3.2 - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização, ao próprio Segurado e/ou Beneficiário, de até 200% (duzentos por cento) do **capital segurado** contratado para a cobertura básica, caso este venha ficar Inválido Permanente Total ou Parcial em virtude de lesão física, causada por Acidente Pessoal coberto pelo seguro, observando-se as Exclusões Gerais “**Riscos Excluídos**” constantes do item 4 destas Condições Gerais.

Incluem-se ainda, no conceito de Acidente Pessoal as lesões decorrentes de:

- a) Acidentes decorrentes da ação da temperatura do ambiente ou atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;
- b) Acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- c) Acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- d) Acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causada exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas.
- e) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, ao Acidente Pessoal, observado o Artigo 798 do Código Civil.
- f) Se depois de paga indenização por invalidez permanente **por acidente**, verificar-se a morte do segurado **em consequência do mesmo acidente**, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do capital segurado por morte.

Não se incluem no conceito de Acidente Pessoal:

- a) As doenças (incluídas as profissionais), quaisquer que sejam as causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível, causado em decorrência de acidente coberto;
- b) As intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como:

Lesão por esforço repetitivo – LER;

Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho – DORT;

Lesão por trauma continuada ou contínuo – LTC;

Ou similares que venham a ser aceitas pela classe médica, científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamento, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

- d) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no Glossário de Termos Técnicos”.

O valor da indenização, no caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por acidente, será determinado em função do grau de Invalidez constatado de acordo com a tabela a seguir:



TABELA PARA CALCULO DA INDENIZACAO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

Discriminação	% do Capital
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 e incurável	100

INDENIZAÇÃO PERMANENTE PARCIAL – DIVERSAS

Discriminação	% do Capital
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 PARCIAL – MEMBROS SUPERIORES

<i>Discriminação</i>	% do Capital
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 radio-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 PARCIAL – MEMBROS INFERIORES

Discriminação	% do Capital
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 parcial de um dos pés, isto é, perda de todos	25
<u>Os dedos e de uma parte do mesmo pé</u>	
Amputação do 1o. (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange do 1o. dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
<u>Encurtamento de um dos membros inferiores</u>	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	6
menos de 3 (três) centímetros:	Sem Indenização

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, da percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%.

Nos casos não especificados na Tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder a indenização prevista para sua perda total.

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.



A PERDA DE DENTES E OS DANOS ESTÉTICOS NÃO DÃO DIREITO A INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE.

A Invalidez Permanente deve ser comprovada com a apresentação a **sociedade seguradora** de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade deve ser submetida a uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela **sociedade seguradora**, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela **sociedade seguradora**. A constituição da junta médica será solicitada pela **sociedade seguradora** no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, e o prazo máximo para sua constituição será, também, de 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

Acumulação das Indenizações

As indenizações por Morte e Invalidez Permanente não se acumulam. Se, depois de paga indenização por Invalidez Permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deverá ser deduzida do valor do capital segurado por morte.

3.3 - INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)

Esta cobertura garante a antecipação do pagamento da indenização relativa à Garantia Básica em caso de

Invalidez Laborativa Permanente Total, consequente de Doença.

Considera-se como Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença aquela para qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado, definida como aquela em que o Segurado obteve maior renda dentro de determinado exercício anual.

Considera-se também como total e permanente inválidos os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

Sendo reconhecida a Invalidez pela **Sociedade seguradora**, o **Capital Segurado** relativo à Garantia Básica deve ser pago de uma só vez ao próprio segurado ou em até 24 (vinte e quatro) prestações mensais e sucessivas, atualizadas monetariamente e capitalizadas a juros reais de 6% a.a. na forma da Tabela Price, conforme acordado entre as partes.

A Invalidez Permanente deve ser comprovada com a apresentação a **sociedade seguradora** de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

Divergências sobre a causa ou natureza da doença, bem como a avaliação da incapacidade, deverão ser submetidas a uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela **sociedade seguradora**, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhidos pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela **sociedade seguradora**. A constituição da junta médica será solicitada pela **sociedade seguradora** no



prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, e o prazo máximo para sua constituição será, também, de 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

Após o pagamento do **capital segurado** ou da primeira prestação, conforme previsto no parágrafo acima, o segurado será automaticamente excluído da apólice.

Se o estado de Invalidez cessar antes do término do pagamento das prestações o risco do segurado será reincluído na apólice.

Se o segurado falecer durante o período de pagamento das prestações, é devida aos beneficiários a indenização imediata do restante do **capital segurado** da Garantia Básica.

A ILPD somente pode ser concedida se a apólice estabelecer também a Garantia de IPA, esta com **capital segurado** mínimo de 100% (cem por cento) da Garantia Básica.

Acumulação das Indenizações

É importante salientar que as indenizações pelas Garantias Básica e Adicional de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) não se acumulam.

3.4 - INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

Esta cobertura garante a antecipação do pagamento da indenização relativa à Garantia Básica em caso de Invalidez Funcional Permanente Total, conseqüente de Doença.

Considera-se como Invalidez Funcional Permanente Total por Doença aquela para qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação da capacidade física e/ou mental do segurado com os recursos

médico-terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, que cause a perda da existência independente do segurado.

Considera-se **perda de existência independente do segurado**, a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, tais como:

- a) levantar-se, deitar-se, locomover-se, higienizar-se e ser capaz de alimentar-se sem ajuda de terceiros, aparelhos ou máquinas;
- b) manter suas funções vitais (nutrição, respiração, circulação e excreção) sem a ajuda de dispositivos, aparelhos ou máquinas extracorpóreas de substituição funcional, tais como sonda enteral, respirador artificial, diálise peritonial mantida indefinidamente, hemodiálise, colostomia definitiva;
- c) Não ter capacidade mental para gerir seus próprios negócios e bens, sem a ajuda de terceiros.

Para fins de reconhecimento do estado de invalidez, será necessária a constatação de uma das seguintes situações :

- I- o segurado apresentar comprometimento definitivo, significativo e permanente das atividades físicas relacionadas na alínea "a" acima;
- II- o segurado apresentar comprometimento definitivo, total e permanente de pelo menos uma das funções relacionadas na alínea "b" acima;
- III- o segurado acumular graus de incapacidade, em relação às atividades físicas e funções vitais mencionadas nas alíneas "a" e "b" acima, resultando quadro clínico incapacitante de forma definitiva total e permanente;



IV- o segurado esteja acometido, de modo definitivo e permanente, de alienação mental, total e irreversível, que o impeça de gerir seus próprios negócios e bens.

Considera-se também como total e permanente inválidos os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

Sendo reconhecida a Invalidez pela **sociedade seguradora**, o **capital segurado** relativo à Garantia Básica deve ser pago de uma só vez ao próprio segurado ou em até 24 (vinte e quatro) prestações mensais e sucessivas, atualizadas monetariamente e capitalizadas a juros reais de 6% a.a. na forma da Tabela Price, conforme acordado entre as partes.

A Invalidez Permanente deve ser comprovada com a apresentação a **sociedade seguradora** de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

Divergências sobre a causa ou natureza da doença, bem como a avaliação da incapacidade, deverão ser submetidas a uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela **sociedade seguradora**, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhidos pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela **sociedade seguradora**. A constituição da junta médica será solicitada pela **sociedade seguradora** no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, e o prazo máximo para sua constituição será, também, de 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

Após o pagamento do **capital segurado** ou da primeira prestação, conforme previsto no parágrafo

acima, o Segurado será automaticamente excluído da apólice.

Se o estado de Invalidez cessar antes do término do pagamento das prestações o risco do segurado será reincluído na apólice.

Se o segurado falecer durante o período de pagamento das prestações, é devida aos beneficiários a indenização imediata do restante do **capital segurado** da Garantia Básica.

A IFPD somente pode ser concedida se a apólice estabelecer também a Garantia de IPA, esta com **capital segurado** mínimo de 100% (cem por cento) da Garantia Básica.

Acumulação das Indenizações

É importante salientar que as indenizações pelas Garantias Básica e Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) não se acumulam.

CLÁUSULA 4 - RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos da Cobertura do Seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) **Atos reconhecidamente perigosos que não sejam justificados. É vedada à exclusão de morte ou a incapacidade do segurado quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.**
- b) **Atos contrários à lei;**
- c) **Atos Ilícitos Dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo Representante de um ou de outro, conforme Art. 762 do Código Civil. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, a exclusão se estende aos sócios controladores, dirigentes e**



administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes;

d) Radiações ionizantes ou quaisquer outros tipos de emissões decorrentes da produção, transporte, utilização de matérias físséis ou seus resíduos, bem como quaisquer eventos resultantes de energia nuclear, com fins pacíficos ou bélicos;

e) Atos de hostilidade ou de guerra, operações bélicas, revoluções, rebelião, insurreição, confisco ou outros atos relacionados ou decorrentes desses eventos, exceto enquanto estiver em processo de Serviço Militar e de atos de humanidade em auxílio de outrem;

f) Suicídio voluntário e premeditado ou sua tentativa nos dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme Art.798 do Código Civil;

g) Qualquer tipo de hérnia, mesmo de origem traumática, e suas complicações;

h) Parto ou aborto e suas complicações;

i) Choque anafilático e suas complicações;

j) Direta ou indiretamente de quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;

k) 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;

l) De doenças preexistentes à contratação do seguro não declaradas na proposta de adesão.

CLÁUSULA 5 - CLASSIFICAÇÃO DOS GRUPOS SEGURÁVEIS

De acordo com a natureza do vínculo dos segurados com o Estipulante, os grupos seguráveis serão classificados, de acordo com as condições tarifárias, da seguinte forma:

Classe A – Grupos constituídos exclusivamente por segurados de uma ou mais categorias especificadas de empregados de um mesmo Empregador, bem como por membros de associações que congregam exclusivamente empregados de um mesmo empregador ou de um grupo de empresas coligadas, controladas e subsidiárias integrais do Estipulante, de acordo com a Lei das Sociedades Anônimas.

Classe B – Grupos constituídos exclusivamente por membros de associações legalmente constituídas, em que o pagamento dos prêmios individuais seja feito somente através de desconto em folha de pagamento, excluídas as entidades de classe em que haja seleção profissional, caso em que exige o pagamento através de desconto em folha.

Classe C – Grupos de pessoas vinculadas a Pessoas Jurídicas que admitam a estipulação do seguro através de estatuto ou de decisão administrativa. Incluem-se nesta classe, os grupos abertos em que a vinculação do Segurado ao grupo se dá pela simples adesão ao respectivo grupo.

Equipara-se ao empregador a entidade fechada de previdência privada.

Segurados Principais: Aqueles que mantêm vínculo com o Estipulante;

Segurados Dependentes: O cônjuge e os filhos, enteados e menores considerados dependentes do segurado principal, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda.



CLÁUSULA - 6 CARÊNCIA

6.1 - A sociedade seguradora poderá adotar carência na Garantia Básica e para as Garantias Adicionais de Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) e Invalidez Laborativa Permanente por Doença – (ILPD), respectivamente, que deverá ser fixada na proposta de contratação e proposta de adesão;

6.2 - Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não poderá ser estabelecido prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou na tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso;

6.3 - O limite máximo estabelecido como prazo de carência será de (2) dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, no caso de contratação individual, ou pelo certificado, no caso de contratação coletiva;

6.4 - Adotada a carência, ao Estipulante fica assegurada à prorrogação automática da apólice por período no mínimo correspondente à carência fixada, respeitada a prerrogativa de seu cancelamento pela sociedade seguradora por impossibilidade de manutenção do grupo, nos termos do disposto na cláusula de cancelamento do seguro;

6.5 – No caso de transferência do grupo entre congêneres por migração de apólices, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

CLÁUSULA 7 - CONDIÇÕES DA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE SEGURADOS

7.1 - A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

7.2 - Proposta de Contratação:

7.2.1 – A celebração ou alteração da apólice somente poderá ser feita mediante proposta de contratação assinada pelo proponente ou por seu representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete.

7.2.2 - A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.2.3 - A sociedade seguradora deverá, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta de contratação, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da sociedade seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.

7.2.4 - A proposta de contratação escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco. Caberá à sociedade seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta de contratação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

7.2.5 - As propostas de contratação deverão discriminar a forma e o critério de custeio de cada cobertura. O custeio do seguro poderá ser:



- i. **Não Contributário:** Em que os segurados não pagam prêmios;
- ii. **Contributário:** Seguros em que os segurados pagam prêmio total ou parcialmente;

iii. Em ambas as formas de custeio do seguro, será adotado o critério individual de tarifação, de acordo com a faixa etária de cada segurado, de no mínimo seis faixas uniformemente distribuídas entre as idades mínimas e máxima de admissão no seguro.

Na renovação da apólice, o prêmio individual será reajustado em função da mudança de faixa etária do segurado, de acordo com os seguintes percentuais.

Faixa Etária	Percentual de Reajuste de Prêmio
18 a 25 anos	11%
26 a 35 anos	59%
36 a 45 anos	117%
46 a 55 anos	167%
56 a 65 anos	135%
66 a 70 anos	79%
71 anos em diante	55%

A proposta de contratação e a apólice devem conter, os seguintes elementos mínimos:

- a) Condições Gerais do seguro;
- b) Indicação, para cada grupo de segurados, dos Capitais Segurados de cada garantia e os critérios de sua fixação e respectiva atualização monetária;
- c) Taxas e prêmios discriminados por garantia (básica e adicionais);
- d) Nome do corretor, número do registro e percentual de corretagem;
- e) Existência de "pro labore" e seu percentual;
- f) Existência de comissão de angariação e seu percentual;
- g) Existência de quaisquer outros carregamentos e seus percentuais;
- h) Data de início e término de vigência do seguro e critério de início de vigência do risco individual.

7.2.6 - Aceita a proposta de contratação pela seguradora, será emitida a apólice e enviada ao

Estipulante no prazo de 15 (quinze) dias contados da data da aceitação. No caso de alteração da apólice, desde que aceita pela seguradora, será efetuada por meio de endosso.

7.3 - Proposta de Adesão:

7.3.1 – A adesão à apólice coletiva deverá ser realizada mediante assinatura, pelo proponente, de proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

7.3.2 – A sociedade seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a proposta de adesão, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

7.3.3 - A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração



proposta de aceitação, poderá ser feita apenas uma vez, durante este prazo. Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.3.4 - Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzindo da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

7.3.5 – É obrigatória a emissão e envio ao segurado do certificado individual pela sociedade seguradora no início do seguro e em cada uma das renovações subsequentes.

I – O Certificado de que se trata o subitem 7.3.5 acima, deverá conter os seguintes elementos mínimos:

a) data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes; e

b) capital segurado de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes, além do prêmio total.

7.4 - Qualquer alteração na apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 75% (setenta e cinco por cento) do grupo segurado.

7.5 - Os portadores de deficiência não podem ser rejeitados no seguro pela razão única de serem deficientes. Para efeito de limitar a responsabilidade da **sociedade seguradora**, a proposta deve ressaltar o grau de eventual invalidez preexistente.

7.6 - Aposentados

Os aposentados, desde que não o tenham sido por invalidez, podem ser incluídos no seguro, pagando eles próprios, ou o estipulante, seus respectivos prêmios.

Se assim o desejarem e desde que não tenham sido beneficiados pela Garantia de IFPD, os segurados que se aposentarem durante a vigência da apólice podem ser mantidos no seguro, sem redução de seu **Capital Segurado**.

7.7 - Estipulante

7.7.1 – Estipulante é a pessoa jurídica que contrata o seguro, ficando investido dos poderes de representação dos segurados perante a **sociedade seguradora**.

São obrigações do estipulante:

a) fornecer a **sociedade seguradora** todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por esta, incluindo dados cadastrais;

b) manter a **sociedade seguradora** informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

d) repassar os prêmios a Sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

e) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice quando for responsável por sua administração;

f) discriminar o nome da Sociedade seguradora nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o segurado;



- g) comunicar, de imediato a Sociedade seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- h) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- i) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- j) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ele estabelecido.

CLÁUSULA 8 – INÍCIO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO DE SEGUROS OU DE SUA ALTERAÇÃO/RENOVAÇÃO

8.1 - As apólices, os certificados de seguro e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

8.2 - Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

8.3 - Nos contratos de seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.4 - Nos contratos de seguros cujas propostas tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora.

8.5 - A renovação automática do seguro só poderá ocorrer uma única vez, devendo as renovações

posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma expressa.

8.6 - A renovação automática a que se refere o subitem 8.5 acima, não se aplica ao estipulante ou à sociedade seguradora quando comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final de vigência da apólice.

8.7 - A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada pelo estipulante, nos seguros coletivos, e desde que não implique em ônus ou dever para aos segurados ou a redução de seus direitos, ou pelo próprio segurado.

8.8 - Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

8.9 - Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em **ônus ou dever** ou dever aos segurados ou redução de seus direitos deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos 75% (setenta e cinco por cento) do grupo segurado.

8.10 - As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não poderão conter cláusula de atualização de valores.

8.11 - Este seguro é contratado por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

CLÁUSULA 9 - CLÁUSULAS SUPLEMENTARES

9.1 - Inclusão de Cônjuges

A Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge define a inclusão, no seguro, dos cônjuges dos



segurados principais, que pode ser efetuada das seguintes formas.

I. **Automática:** quando abranger os cônjuges de todos os segurados principais; e

II. **Facultativa:** quando abranger os cônjuges dos segurados principais, que assim o autorizarem. Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos segurados principais, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

O Capital Segurado do cônjuge não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado principal, observando-se que o critério para fixação do capital da cláusula suplementar deve ser claramente estabelecido na própria cláusula.

Não é extensiva aos cônjuges as Garantias Adicionais de Invalidez Funcional Permanente por Doença e Invalidez Laborativa Permanente por Doença.

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

9.2 - Inclusão de Filhos

A Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos define a inclusão, no seguro, dos filhos do segurado principal e/ou do cônjuge segurado pela Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge nas seguintes formas:

I. **Automática:** quando abranger os filhos de todos os segurados principais e/ou dos cônjuges segurados; e

II. **Facultativa:** quando abranger os filhos de todos os segurados principais e/ou cônjuges segurados, que assim o autorizarem.

Para efeito da presente cobertura equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do segurado principal.

Nos planos coletivos, quando ambos os cônjuges forem segurados principais do mesmo grupo, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependente daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado principal para efeito de cláusula.

O capital segurado dos filhos não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado principal, observando-se que o critério para fixação do capital da cláusula suplementar deve ser claramente estabelecido na própria cláusula, ou nas Condições Particulares.

Para menores de 14 (quatorze) anos, é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou dependente, observando-se que:

i. Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado;

ii. Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros;

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



CLÁUSULA 10 - CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

A cobertura de cada segurado cessa no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, observando-se, em qualquer caso, que se dá automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade, se o segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização.

Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto acima se aplica aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.

Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado principal cessa, ainda.

i. Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o Estipulante;

ii. Quando o segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio, ressalvado o disposto na Cláusula 14 – Cancelamento, Suspensão e Reabilitação do Seguro.

No caso da alínea "i" o segurado pode optar por continuar com as mesmas coberturas e garantias, assumindo os custos do risco e de cobrança.

Além das situações mencionadas acima, a cobertura de cada segurado dependente cessa:

a) Se for cancelada a respectiva Cláusula Suplementar. Somente será possível com a anuência de segurados que representem 75% (setenta e cinco por cento) do grupo segurado;

b) Se o segurado principal deixar o Grupo Segurado;

c) Com a morte do segurado principal;

d) No caso de cessação da condição de dependente;

e) A pedido do segurado principal, no caso de cônjuge.

CLÁUSULA 11 – CAPITAL SEGURADO

11.1 Entende-se como capital segurado o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela sociedade seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

§ 1º - Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:

I – para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente;

II – para a cobertura de risco por invalidez, não conseqüente de acidente, a data indicada na declaração médica;

III – para a cobertura básica, a data do falecimento.

§ 2º - Nos planos coletivos, para cada grupo pode haver uma ou mais classes de capitais segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos.

§ 3º - A aceitação, pela sociedade seguradora, de estabelecimento de capital segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.



§ 4º - Nos seguros em que o segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da sociedade seguradora do valor do capital segurado contratado sem a devida solicitação expressa do segurado.

11.2 Todos os valores serão expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

11.3- No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

CLÁUSULA 12 - ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DE VALORES CONTRATADOS

12.1A Atualização dos capitais segurados será efetuada anualmente pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo/ Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE, na data de aniversário de cada apólice, com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de início de vigência da apólice e o último índice publicado anterior a data de aniversário.

12.2 Alternativamente, a atualização dos capitais segurados das apólices poderá ser efetuada anualmente, obedecendo ao mesmo índice utilizado para corrigir os salários da categoria profissional do grupo segurado, firmado em acordo coletivo ou dissídio, mantendo a mesma relação de multiplicidade inicialmente contratada. O mesmo índice servirá para recalcular o prêmio do seguro.

12.3 Os capitais segurados pagos sob forma de renda, serão a partir da data de sua concessão, atualizados anualmente, com base no IPCA/IBGE, e acrescido do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda.

12.4- As contratações com vigência igual ou inferior a um ano não poderão conter cláusula de atualização de valores.

12.5- As indenizações das Garantias de IFPD e ILPD serão atualizadas a partir dos momentos definidos com aqueles que configurarem a caracterização do sinistro, como previsto no subitem.12.3.

CLÁUSULA 13 - PAGAMENTO DO PRÊMIO

13.1 Pagamento do Prêmio Mensal

I. Os prêmios serão pagos mensalmente, por meio de débito em conta corrente ou boleto bancário;

II. Nos planos coletivos em que haja alteração de taxa por faixa etária, os prêmios serão alterados de acordo com a faixa etária de cada segurado conforme consta do inciso iii do subitem 7.2.5 da **Cláusula 7 - Condições da Aceitação da Proposta de Segurados.**

III. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à sociedade seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará na suspensão da cobertura do seguro, de acordo com o disposto na **Cláusula 14 – Cancelamento, Suspensão e Reabilitação do Seguro ;**

IV. Nos seguros não contributários, o não pagamento dos prêmios à sociedade seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará na suspensão da cobertura do seguro, de acordo com o disposto na **Cláusula 14 – Cancelamento, Suspensão e Reabilitação do Seguro;**

V. Fica entendido e concordado que qualquer indenização por força da presente apólice somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio, houver sido realizado pelos Segurados e/ou pelos Estipulantes, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim, no documento de cobrança;

VI. A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (Trigésimo) dia da apólice,



da fatura, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento do prêmio;

VII. A presente cláusula prevalece sobre quaisquer outras condições que dispuserem em contrário;

VIII. Se a **DATA LIMITE PARA O PAGAMENTO DO PRÊMIO** à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com o dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil em que houver expediente bancário. A Seguradora encaminhará o documento de cobrança diretamente aos Segurados e/ou aos Estipulantes ou seu Representante, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao Corretor de Seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento;

IX. Fica, ainda, entendido e concordado que se o sinistro ocorrer **dentro do prazo de pagamento de prêmio** à vista ou de qualquer uma de suas parcelas, sem que tenha sido efetuado, o direito a indenização não ficará prejudicado;

X. Os valores devidos a título de devolução de prêmios sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

No caso de cancelamento do contrato: a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

No caso de recebimento indevido do prêmio: a partir da data de recebimento do prêmio.

No caso de recusa da proposta: a partir da data de formalização da recusa, se ultrapassado o prazo de 10 (dez) dias.

13.2 - Quando a data limite de vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil após o feriado bancário ou fim de semana.

13.3 - Quando o seguro for contratado com previsão de consignação em folha, a ausência do repasse à Sociedade Seguradora dos prêmios recolhidos pelo consignante, não causará qualquer prejuízo aos Segurados ou seus respectivos beneficiários, no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

CLÁUSULA 14 - CANCELAMENTO, SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

14.1 - O não pagamento do prêmio por parte do segurado ou estipulante nos prazos estipulados nas condições contratuais acarretará na suspensão da cobertura da apólice ou certificado individual, a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir a cobrança.

14.2 - Decorridos 90 (noventa) dias do vencimento, sem que seja restabelecido o pagamento dos prêmios, ocorrerá o cancelamento do seguro.

Será aplicada a seguinte regra:

I. Não cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período.

14.3 - A falta de pagamento de qualquer prêmio mensal no vencimento suspende automaticamente a garantia do seguro, cessando o direito ao recebimento de indenização, enquanto perdurar a inadimplência. Uma vez normalizado o pagamento das faturas, a garantia do seguro será reiniciada a partir das 24:00 horas da data em que o segurado ou o estipulante retomar o pagamento do prêmio, respondendo a sociedade seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

14.4 - No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.



Este seguro poderá ser cancelado integralmente a qualquer tempo, ficando a Sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade no seguinte caso:

a) Em caso de falta de pagamento dos prêmios mensais por mais 90 (noventa) dias, a contar do dia do vencimento da primeira mensalidade não paga. O Segurado/Estipulante será comunicado, por escrito, com antecedência mínima de 10 (dez) dias da data do Cancelamento.

14.5 - Este seguro poderá ainda ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo 75% (setenta e cinco por cento) do grupo segurado. Neste caso a Sociedade seguradora reterá do prêmio recebido, a parte proporcional ao tempo decorrido.

14.6 - As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela sociedade seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

CLÁUSULA 15 - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS/PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO

15.1- Ocorrendo a Morte ou a Invalidez Permanente do Segurado, conforme disposto nestas Condições Gerais, o fato deverá ser comunicado a **sociedade seguradora** pelo(s) beneficiário(s) ou representante, o mais rápido possível. A comunicação deverá ser efetuada por meio de formulário próprio fornecido pela **sociedade seguradora**, ou através de carta registrada ou telegrama, devendo, neste caso informar a data, hora, local e causa do evento;

15.2- Fixada a indenização devida, a **sociedade seguradora** efetuará o pagamento a que estiver obrigada, no prazo máximo de 30(trinta) dias, a contar da data da apresentação de todos os documentos, básicos, listados nos subitens **15.18**,

15.19, 15.20, 15.21, 15.22 e 15.23, necessários à comprovação do sinistro e dos prejuízos;

15.3- No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, o prazo para a liquidação de sinistro sofrerá suspensão, assim, a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências;

15.4- Reconhecida a invalidez laborativa pela sociedade seguradora, a indenização deve ser paga de uma só vez ou sob a forma de renda certa, temporária ou vitalícia, em prestações mensais, iguais e sucessivas, conforme acordado entre as partes;

15.5- Após o pagamento da indenização ou da primeira parcela, quando paga sob forma de renda, conforme previsto no subitem "15.4" acima, o segurado deverá ser automaticamente excluído da apólice, conforme estruturação técnica do plano, com a conseqüente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica;

15.6- No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica nas seguintes bases:

I. A junta médica será constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados;

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



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

15.7 - Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei;

15.8 - Não estará sendo contemplada nas condições contratuais a fixação de prazo máximo para comunicação de sinistro;

15.9- Os valores das indenizações sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, na hipótese de não cumprimento do prazo para o pagamento da respectiva obrigação pecuniária, a partir da data da ocorrência do evento;

15.10 - A atualização será efetuada com base na 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;

15.11 - Além da atualização, o não pagamento da indenização no prazo previsto implicará aplicação de juros moratórios;

15.12 - Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato, para pagamento da respectiva obrigação pecuniária, serão equivalente à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional;

15.13 - O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato;

15.14 - A invalidez permanente prevista nos subitens 3.2 - Invalidez Permanente Total ou Parcial Por Acidente (IPA), 3.3 - Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) E 3.4 - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) da **Cláusula 3 – Garantia do Seguro**, destas Condições Gerias, deve ser comprovada através de declaração médica.

15.15 - A tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento do pagamento da indenização. É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquéritos policial;

15.16 - Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.

15.17 - Na hipótese de transformação da indenização em renda, quando tecnicamente aplicável, a taxa de juros será de 6% (seis por cento) ao ano ou sua equivalente efetiva mensal.

15.18 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO:

- a) Aviso de sinistro (formulário fornecido pela seguradora)
- b) Relatório do Médico Assistente (fornecido pela seguradora)
- c) Ficha de registro de empregado completo e atualizado (nos casos em que houver vínculo empregatício do segurado com o Estipulante)
- d) Carteira de identidade e CPF do segurado
- e) Carteira de identidade e CPF dos beneficiários
- f) Contracheque de pagamento do mês anterior ao sinistro
- g) Os documentos deverão ser apresentados em original ou cópia autenticada.



15.19 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE MORTE QUALQUER CAUSA:

Os documentos básicos para liquidação:

- a) Aviso de sinistro (formulário fornecido pela seguradora);
- b) Certidão de óbito;
- c) Boletim de Ocorrência Policial (quando houver);
- d) Laudo de Necropsia emitido pelo Instituto médico legal com resultado do exame de teor alcoólico, se efetuado;
- e) Documento que comprove a qualidade de beneficiário ou seja:
 - Certidão de casamento atualizada no caso do beneficiário ser o cônjuge;
 - Certidão de nascimento se o beneficiário for o filho;
 - Certidão de nascimento ou RG do segurado no caso do beneficiário ser o pai, mãe ou ambos.

15.20 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO IPA:

Os documentos básicos para liquidação:

- a) Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Boletim de Ocorrência Policial caso a ocorrência tenha sido registrada pela autoridade competente;
- c) Exames por imagens (radiografias, tomografias, ressonâncias magnéticas) e outros exames médicos que tenham sido realizados.

15.21 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE IFPD E ILPD:

Os documentos básicos para liquidação:

- a) Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Laudo médico pericial que determinou a invalidez do segurado;

15.22 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO DE GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CONJUGES:

Os documentos básicos para liquidação:

- a) Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Certidão de óbito;
- c) Certidão de casamento atualizada ou comprovante de união estável quando tratar-se de companheiro;
- d) Tratando-se morte por acidente deverão ser apresentados: Boletim de Ocorrência Policial e Laudo de Necropsia emitido pelo Instituto Médico Legal.

15.23 - DOCUMENTOS BÁSICOS NECESSÁRIOS EM CASO DE SINISTRO PARA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO DE GARANTIA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS:

Os documentos básicos para liquidação:

- a) Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) Certidão de óbito;
- c) Certidão de nascimento do filho;
- d) Carteira de identidade e CPF do filho, na falta de certidão de nascimento;
- e) Comprovante de despesas com funeral (original – somente para menores de 14 anos).

CLÁUSULA 16 - PERDA DE DIREITOS

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



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

c) Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade poderá:

I – Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contrata.

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

d) O segurado está obrigado a comunicar a Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível

de agravar o risco coberto, sob pena de perda o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou por má-fé.

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

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

CLÁUSULA 17 - BENEFICIÁRIOS

17.1 - Na falta de indicação expressa de beneficiários, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei, conforme Arts. 791, 792 e 793 do Código Civil.

Art. 791. 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.

Parágrafo único – O segurador, que não for cientificado oportunamente da substituição, desobriga-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

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



Parágrafo único – Na falta de pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

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

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

17.3- Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária de um contrato de seguro de pessoas se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

CLÁUSULA 18 - REGIME FINANCEIRO

18.1 - Este plano é estruturado no regime financeiro de repartição simples e, portanto não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante.

CLÁUSULA 19 - SUB ROGAÇÃO

19.1 - No seguro de pessoas, o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro, conforme disposto no art. 800 do Código Civil.

CLÁUSULA 20 - FORO

20.1 - Para todas as questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a **sociedade seguradora**, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

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

CLÁUSULA 21 - EXCEDENTE TÉCNICO

21.1 - Conforme definido no Glossário de Termos Técnicos, este seguro prevê a distribuição ao Estipulante e/ou aos Segurados, dos resultados técnicos da apólice. A data de apuração será realizada no prazo máximo de 60 (sessenta dias) a contar da quitação da última fatura, vedado qualquer adiantamento a qualquer título.

21.2 - O índice a ser distribuído será definido no contrato, obedecidos os critérios de Receitas e Despesas abaixo definidos e relativos ao período de vigência da apólice:

I - Receitas:

- a) Prêmios de Competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não pagos;
- c) Recuperação de sinistros junto ao Ressegurador.

II – Despesas:

- c) Comissões de Corretagem pagas ou devidas durante o período;
- d) Comissões de Administração (Pró-Labore) pagas ou devidas durante o período;
- e) Comissões de Agenciamento, pagas ou devidas durante o período;
- f) Valor Total dos Sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- g) Prêmio de Resseguro repassado ao Ressegurador;



- h) Saldos negativos de períodos anteriores, ainda não compensados;
- i) Valor destinado à constituição da Provisão de Sinistros Ocorridos e não Avisados (IBNR- Incurred But Not Reported);
- j) Despesas Administrativas estabelecidas e consideradas na planilha de cálculo que deu origem à taxa média atuarial aplicada no seguro e acordada com o estipulante;
- k) Eventuais pagamentos de serviços prestados por terceiros, nas apurações de sinistros.

As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- I) O respectivo pagamento, para prêmio e comissões;
- II) O aviso a **sociedade seguradora**, para os sinistros;
- III) A respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- IV) As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

21.3 - A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no contrato, até a data da distribuição do excedente técnico.

21.4 - Nos seguros parcial ou totalmente contributários o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado. Esta definição deverá constar no Certificado Individual.

CLÁUSULA 22 - CONCORRÊNCIA DE APÓLICES

É importante salientar que nos Seguros de Pessoas, conforme o disposto no art. 789 do Código Civil, o Segurado pode fazer mais de um seguro, devendo a **sociedade seguradora** pagar integralmente o capital segurado.

CLÁUSULA 23 - PRESCRIÇÃO

Decorridos os prazos previstos no Código Civil, opera-se a Prescrição.

CLÁUSULA 24 - DISPOSIÇÕES GERAIS

A – “O registro deste plano na Susep não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização”;

b – “O segurado poderá consultar a situação cadastral do seu Corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF”.

