

SEGURO DE VIDA EM GRUPO Para Pequena e Média Empresa

CONDIÇÕES GERAIS

1	DEFINIÇÕES.....	1
2	OBJETIVO DO SEGURO.....	6
3	GARANTIAS DO SEGURO.....	6
4	INCLUSÃO DE SEGURADOS DEPENDENTES.....	10
5	RISCOS COBERTOS.....	10
6	RISCOS EXCLUÍDOS.....	11
7	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA.....	13
8	CARÊNCIA.....	13
9	GRUPO SEGURÁVEL.....	13
10	ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	14
11	GRUPO SEGURADO.....	14
12	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO.....	14
13	CAPITAL SEGURADO.....	15
14	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE VALORES.....	16
15	CUSTEIO DO SEGURO.....	16
16	PAGAMENTO DO PRÊMIO.....	16
17	RECÁLCULO DAS TAXAS.....	17
18	SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO.....	17
19	CANCELAMENTO DO SEGURO.....	18
20	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS.....	19
21	PERDA DE DIREITO.....	24
22	BENEFICIÁRIOS.....	25
23	REGIME FINANCEIRO.....	25
24	FORO.....	25
25	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	25
26	EXCEDENTE TÉCNICO.....	26

SEGURO DE VIDA EM GRUPO
Para Pequena e Média Empresa
Processo SUSEP nº 15414.000144/2007-56

CONDIÇÕES GERAIS

1 DEFINIÇÕES

1.1 Acidente Pessoal: O evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

1.1.1 Incluem-se nesse conceito:

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

1.1.2 Excluem-se desse conceito:

- 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 consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
- d) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização**

de invalidez por acidente pessoal, definido no item Erro! Fonte de referência não encontrada..

- 1.2 **Agravo Mórbido:** Piora de uma doença;
- 1.3 **Alienação Mental:** Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil;
- 1.4 **Análise do Risco:** Análise que a Seguradora efetua em cada Proposta de Contratação recebida, com a finalidade de verificar o grau do risco apresentado pelos componentes do Grupo Segurável;
- 1.5 **Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano;
- 1.6 **Apólice:** Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante, nos planos coletivos;
- 1.7 **Atividade Laborativa:** Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda;
- 1.8 **Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina;
- 1.9 **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico;
- 1.10 **Beneficiário:** Pessoa física ou jurídica indicada livremente pelo Segurado em documento específico para receber a Indenização, na hipótese de ocorrência do Evento Coberto;
- 1.11 **Capital Segurado:** Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de Sinistro coberto pela Apólice vigente na Data do Evento;
- 1.12 **Cardiopatia Grave:** Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional sobre Cardiopatia Grave”;
- 1.13 **Carência:** Lapso de tempo, apurado a partir do Início de Vigência do Seguro ou de sua recondução depois de suspenso, durante o qual o Segurado não terá direito a cobertura prevista pelo Seguro, sendo nulo em caso de Acidente Pessoal;
- 1.14 **Carregamento:** Importância destinada a atender às despesas administrativas, de agenciamento, de comercialização, de pró-labore e de lucro;
- 1.15 **Coberturas de Risco:** Coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada;
- 1.16 **Cognição:** Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc;
- 1.17 **Condições Contratuais:** Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, da Apólice e do Contrato;
- 1.18 **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;
- 1.19 **Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca;

- 1.20 Consumo:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença;
- 1.21 Contrato:** O conjunto de disposições jurídicas que regem a contratação do seguro entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários;
- 1.22 Corretor:** É o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) para intermediar e promover Contratos de Seguros;
- 1.23 Dados Antropométricos:** No caso da garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o peso e a altura do Segurado;
- 1.24 Data do Evento:** Considera-se como Data do Evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação de Sinistros:
- a) para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente;
 - b) para a cobertura de risco por invalidez, a data indicada na declaração médica; e
 - c) para as demais Coberturas de Risco, inclusive da cobertura básica, a data da ocorrência do Evento Coberto, conforme definido nas Condições Gerais.
- 1.25 Deambular:** Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor;
- 1.26 Declaração Médica:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos;
- 1.27 Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal;
- 1.28 Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença;
- 1.29 Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado;
- 1.30 Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento;
- 1.31 Doença Crônica de Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento;
- 1.32 Doença em Estágio Terminal:** Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente;
- 1.33 Doença Neoplásica Maligna Ativa:** Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade;
- 1.34 Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo;
- 1.35 Etiologia:** Causa de cada doença;
- 1.36 Estipulante:** Pessoa jurídica que propõe a contratação do plano coletivo, ficando investida de 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;

- 1.37 **Evento coberto:** Acontecimento futuro e incerto, de natureza imprevisível, coberto pelo Seguro e ocorrido durante a sua vigência, que dá direito a Indenização ao Segurado;
- 1.38 **Excedente Técnico:** Saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período;
- 1.39 **Fatores de Risco e Morbidade:** Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage;
- 1.40 **Formulário de Aviso de Sinistro:** O documento pelo qual é feita a comunicação de um Sinistro à Seguradora;
- 1.41 **Garantias:** Obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um Evento Coberto;
- 1.42 **Grupo Segurado:** Totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice coletiva;
- 1.43 **Grupo Segurável:** Totalidade das pessoas físicas que mantém vínculo concreto com o Estipulante e que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva;
- 1.44 **Hígido:** Saudável;
- 1.45 **Indenização:** Valor a ser pago pela Seguradora quando da ocorrência de um Sinistro, limitado ao Capital Segurado da respectiva garantia contratada;
- 1.46 **Índice Pactuado:** Índice contratado para a atualização dos Prêmios e capitais Segurados, na forma indicada nestas Condições Gerais;
- 1.47 **Início de Vigência do Seguro:** Data de aceitação da Proposta de Contratação, a partir da qual as Coberturas de Risco propostas serão garantidas pela Seguradora;
- 1.48 **Médico Assistente:** Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina;
- 1.49 **Migração de Apólice:** Transferência de Apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência;
- 1.50 **Nota Técnica Atuarial:** Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;
- 1.51 **Parâmetros Técnicos:** Taxa de juros, índice de atualização de valores e taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso;
- 1.52 **Período de Cobertura:** Aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, fará(ão) jus aos capitais Segurados contratados;
- 1.53 **Prêmio:** Valor destinado ao custeio do seguro pago pelo Estipulante à Seguradora para que esta assuma a responsabilidade pela(s) garantia(s) contratada(s);
- 1.54 **Prêmio Comercial:** Valor correspondente ao Prêmio pago, excluindo-se os impostos;
- 1.55 **Prêmio Puro:** Valor correspondente ao Prêmio pago, excluindo-se o Carregamento, os impostos;
- 1.56 **Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença;

- 1.57 Proponente:** A pessoa jurídica interessada em contratar o Seguro e que passará à condição de Estipulante somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do Prêmio;
- 1.58 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;
- 1.59 Proposta de Contratação:** Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais, cuja comprovação dos Segurados principais será feita através da relação do FGTS, da Previdência Social ou outro documento previsto no Contrato;
- 1.60 Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente;
- 1.61 Reabilitação:** Restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) Prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão;
- 1.62 Recidiva:** Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento;
- 1.63 Refratariedade Terapêutica:** Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído;
- 1.64 Regime Financeiro de Repartição Simples:** Estrutura técnica do Seguro em que os Prêmios pagos, referentes a todos os Segurados, por todos os Segurados, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse mesmo período, não sendo prevista devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado ou ao Estipulante;
- 1.65 Reintegração:** Recomposição do Capital Segurado após a ocorrência de um Sinistro;
- 1.66 Relações Existenciais:** Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida;
- 1.67 Riscos Excluídos:** Riscos previstos nas Condições Gerais e/ou no Contrato que não serão cobertos pelo Seguro;
- 1.68 Segurado:** Pessoa física em relação a qual a Seguradora assume a responsabilidade dos riscos cobertos previstos no Contrato de Seguro, classificado em Segurado Principal, aquele que mantém vínculo com o Estipulante passível de comprovação efetiva, e Segurado Dependente, o cônjuge ou companheira (o), os filhos, os enteados e os menores considerados dependentes do Segurado Principal de acordo com o regulamento do Imposto de Renda;
- 1.69 Seguradora:** MBM Seguradora S.A. legalmente constituída e autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às Garantias contratadas, nos termos destas Condições Gerais;
- 1.70 Seguro de Pessoas com Capital Global:** Modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, respeitados os parâmetros técnico-operacionais, forma e limites fixados pela SUSEP, segundo a qual o valor do Capital Segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do Grupo Segurado;
- 1.71 Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca;

- 1.72 **Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença;
- 1.73 **Sinistro:** Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro;
- 1.74 **Transferência Corporal:** Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio;
- 1.75 **Vigência do Seguro:** Período no qual a Apólice de Seguro está em vigor;
- 1.76 **Vigência da Cobertura Individual:** É o período em que o Segurado está coberto pela(s) garantia(s) deste Seguro.

2 OBJETIVO DO SEGURO

- 2.1 O presente Seguro de Vida em Grupo, para Pequena e Média Empresa, regido por estas Condições Gerais e pelo Contrato expressamente convencionados, tem por objetivo garantir o pagamento de Indenização ao Segurado ou seu(s) Beneficiário(s) quanto à garantia básica e às adicionais contratadas, até o limite do Capital Segurado, em decorrência dos riscos cobertos.

3 GARANTIAS DO SEGURO

- 3.1 **Morte (Garantia Básica)** – Garante o pagamento do Capital Segurado, aos beneficiários, quando ocorrer a morte do Segurado, qualquer que seja a causa, durante a Vigência do Seguro.
- 3.2 **O Seguro não poderá ser contratado sem a garantia básica.**
- 3.3 **Garantias Adicionais** do Seguro:
 - 3.3.1 **Indenização Especial por Acidente (IEA)** - Garante o pagamento de uma Indenização de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado da garantia básica, pela morte do Segurado, causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a Vigência do Seguro.
 - 3.3.2 **Invalidez Permanente por Acidente (IPA)** - Garante o pagamento de uma Indenização, de até 200% (duzentos por cento) do Capital Segurado da garantia básica, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física do Segurado, causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante a Vigência do Seguro.
 - a) Após conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, **a Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na Tabela anexa a estas Condições Gerais.**
 - b) Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, **a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação da percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.**
 - c) **Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo médio ou mínimo, a indenização será calculada na base das percentagens de 75%, (setenta e cinco por cento), 50%**

(cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

- d) Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.
- e) 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).**
- f) 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.
- g) Para efeito da indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.
- h) **A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente por acidente.**
- i) **A invalidez permanente prevista nestas condições deve ser comprovada através de declaração médica.**
- j) **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.**

3.3.3 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD) - Garante o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, conseqüente de doença que cause a perda de sua existência independente.

- a) A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 20.3.4.
- b) Consideram-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:
 - b.1) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
 - b.2) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
 - b.3) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

- b.4)** Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
 - b.5)** Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
 - b.6)** Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
 - b.7)** Deficiência visual decorrente de cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica, desde que decorrente de doença;
 - b.8)** Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica, desde que decorrente de doença;
 - b.9)** Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°, desde que decorrente de doença;
 - b.10)** Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado;
 - b.11)** Estados mórbidos, decorrentes de doença, onde haja a perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;
 - b.12)** Estados mórbidos, decorrentes de doença, onde haja Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;
 - b.13)** Estados mórbidos, decorrentes de doença, onde haja Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- c)** Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF e que atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis, de acordo com a valoração dos pontos determinada em tabela anexa.
- d)** O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro documento (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).
- d.1)** O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
 - d.2)** Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

- d.3) Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
 - e) O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
 - e.1) Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.
 - f) **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por doença.**
 - g) **A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.**
- 3.3.4 Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) –** Garante o reembolso, até o limite do Capital Segurado, das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do Seguro.
- a) **Não estão abrangidas nesta cobertura as despesas decorrentes de:**
 - a.1) **estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
 - a.2) **aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;**
 - a.3) **tratamentos em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;**
 - a.4) **medicamentos fora da internação hospitalar e não prescritos pelo médico assistente;**
 - a.5) **transplantes; e**
 - a.6) **consultas domiciliares.**
 - b) **Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos desde que legalmente habilitados.**
 - c) **Preservada a livre escolha, a Seguradora reserva-se o direito de estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.**
- 3.4** As garantias referidas nos itens 3.3.1 e 3.3.2, Indenização Especial por Acidente e Invalidez Permanente por Acidente, não se acumulam quando decorrentes do mesmo acidente.
- 3.5** As Garantias adicionais, **quando contratadas**, somente podem ser concedidas para a totalidade do Grupo Segurado.
- 3.6** Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas com o funeral, seja na condição de Segurado Principal ou Segurado Dependente, 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:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado;
- b) **não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

4 INCLUSÃO DE SEGURADOS DEPENDENTES

- 4.1 Serão admitidos no Seguro como Segurados Dependentes do Segurado Principal o cônjuge e os filhos, considerados dependentes pela legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social.
 - 4.1.1 Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes economicamente do Segurado Principal.
 - 4.1.2 Equipara-se ao cônjuge, o(a) companheiro(a), que mantenha com o Segurado Principal união estável reconhecida judicialmente e desde que este ao tempo da contratação do seguro esteja separado de fato ou judicialmente.
- 4.2 Não poderão ser incluídos como Segurados Dependentes os Cônjuges que fazem parte do Grupo Segurado na qualidade de Segurados Principais.
- 4.3 Quando da inclusão do cônjuge, a garantia de Morte poderá ser estendida automaticamente aos filhos, enteados e menores dependentes do Segurado principal, observado o disposto no item 4.6.
- 4.4 Os filhos serão incluídos no Seguro apenas uma vez, considerando-se dependentes de somente um dos Segurados Principais.
- 4.5 As garantias de Morte, Indenização Especial por Acidente (IEA) e Invalidez Permanente por Acidente (IPA) poderão ser contratadas pelos cônjuges, sendo o capital segurado equivalente a 50% (cinquenta por cento) do capital do Segurado Principal.
- 4.6 A garantia de Morte poderá ser contratada pelos filhos, sendo o capital segurado correspondente a até 25% (vinte e cinco por cento) do capital do Segurado Principal, por filho.

5 RISCOS COBERTOS

- 5.1 O Segurado estará coberto dos seguintes riscos durante a Vigência do Seguro:
 - a) o suicídio, ou a sua tentativa, observado o disposto no subitem 8.4;
 - b) acidente pessoal;
 - c) ataques de animais e casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicação deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
 - d) atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
 - e) choque elétrico e raio;
 - f) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;

- g) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- h) queda n' água ou afogamento.

5.2 Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal do subitem 1.1, as lesões decorrentes de:

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

5.3 Não se incluem no conceito de Acidente Pessoal, para fins deste Seguro:

- a) as doenças (incluídas as profissionais) qualquer que seja a sua causa, ainda que provocada, desencadeada ou agravada, direta ou indiretamente por acidente inclusive a decorrente de contaminação radioativa ou de exposição a qualquer tipo de radiação, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente;
- b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamento clínico ou cirúrgico quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- 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 subitem 1.1.

6 RISCOS EXCLUÍDOS

6.1 Estão excluídos de todas as garantias os riscos decorrentes:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, explosão nuclear provocada ou não, bem como contaminação ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de doenças preexistentes à contratação do Seguro de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- c) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e

delas decorrentes, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;

- d) de furacão, ciclone, terremoto, maremoto, erupção vulcânica e outras convulsões da natureza;
 - e) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro ou ainda, quando seguro contratado por pessoa jurídica, por seus sócios controladores, dirigentes e administradores;
 - f) direta ou indiretamente de ato terrorista, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;
 - g) de tratamentos e/ou cirurgias experimentais, exames e/ou medicamentos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia e suas consequências;
 - h) do suicídio ou da tentativa de suicídio ocorrido nos 2 (dois) primeiros anos de vigência inicial da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspenso;
 - i) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e/ou prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, exceto se decorrente de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
 - j) de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente.
 - k) de atividades profissionais de entregadores, motoboys, mototáxis e assemelhados.
- 6.2** Além dos riscos definidos no item 6.1, estão expressamente excluídos das garantias de morte por causas naturais e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença os riscos decorrentes:
- a) de choque anafilático e suas consequências;
 - b) do parto ou aborto e suas consequências; e
 - c) de qualquer tipo de hérnia e suas consequências.
- 6.3** Além dos riscos definidos no item 6.1, estão expressamente excluídos das garantias de Indenização Especial por Acidente, Invalidez Permanente por Acidente e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, os riscos decorrentes de:
- a) de qualquer tipo de doença, incluídas as profissionais, LER/DORT, fibromialgias e síndromes miofasciais, 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; e
 - b) de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto.
- 6.4** Além dos riscos definidos no item 6.1, estão expressamente excluídos da garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os seguintes riscos:

- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e
- c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

7 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 7.1 O Seguro dará cobertura durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, em qualquer local ou país em que esteja o Segurado.

8 CARÊNCIA

- 8.1 O período de carência, quando previsto no Contrato e na Apólice, será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, respeitado o limite máximo 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 no Certificado.
- 8.2 **Em caso de renovação da Apólice não será iniciado novo prazo de Carência.**
- 8.3 **O pagamento antecipado dos Prêmios não elimina nem reduz o prazo de Carência estabelecido no Contrato.**
- 8.4 **Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de Carência, exceto no caso de suicídio ou sua 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, conforme previsto no artigo 798 da Lei 10.406 de 10/01/02.**
- 8.5 Caso o Grupo Segurado seja transferido para outra Seguradora, ou no caso de migração, não será reiniciada a contagem de novo prazo de Carência para os Segurados já incluídos no seguro pela Apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.
- 8.6 O prazo de Carência poderá ser aplicado aos aumentos de Capital Segurado solicitados após o início de vigência.

9 GRUPO SEGURÁVEL

- 9.1 É o conjunto de pessoas físicas que reúna as condições para inclusão na Apólice, homogêneo em relação a uma ou mais características discriminadas no Contrato, que mantenha vínculo concreto com o Estipulante.
- 9.2 O Seguro poderá abrigar na mesma Apólice componentes de empresas coligadas e/ou controladas pelo Estipulante, de acordo com a Lei das Sociedades Anônimas.
- 9.3 A Adesão ao Seguro é automática para os componentes principais do Grupo Segurável, podendo ser admitidos como componentes dependentes destes, o cônjuge, o companheiro (ou a companheira), e os filhos e enteados menores, considerados dependentes pela legislação do Imposto de Renda e desde que não sejam seguráveis como componentes principais.

10 ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 10.1** A celebração do Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante, por seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado.
- 10.2** **Para aceitação da Proposta de Contratação, a Seguradora exigirá comprovação de atividade laborativa, através da relação nominal constante dos recolhimentos ao FGTS e/ou da Previdência Social, a qual deverá ser fornecida no ato da contratação.**
- 10.3** A aceitação da Proposta de Contratação será automática, caso não haja manifestação em contrário por parte da Seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias contados a partir da data do registro de recebimento por parte da Companhia.
- 10.3.1** No caso de não aceitação da Proposta de Contratação, no prazo definido no item 10.3, a Seguradora procederá, ao Estipulante, à comunicação formal justificando a recusa.
- 10.3.2** O prazo para manifestação definido no item 10.3 se aplica também para os casos de renovações e para alterações que impliquem na modificação do risco.
- 10.4** 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.**
- 10.5** **A Seguradora em qualquer época poderá exigir do Estipulante a comprovação de todas as informações ou dados.**
- 10.6** A inclusão dos componentes principais far-se-á na forma automática.
- 10.7** A inclusão do componente dependente, quando prevista no Contrato, far-se-á na forma Automática, isto é, quando o Seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os cônjuges, ou companheiros(as), dos componentes principais, bem como os seus filhos, considerados dependentes de acordo com a legislação do Imposto de Renda.
- 10.8** **As obrigações da Seguradora decorrentes da cobertura contratada, somente serão exigíveis após a aceitação da respectiva Proposta de Contratação e quitação, antes da ocorrência do Evento Coberto, do(s) Prêmio(s) devido(s), observado o período de Carência.**
- 10.9** **A aceitação do Seguro estará sujeita à análise de risco.**

11 GRUPO SEGURADO

- 11.1** O Grupo Segurado é constituído por todos os componentes do Grupo Segurável que tenham sido incluídos no Seguro.

12 VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

- 12.1** A Apólice e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 horas da data neles indicada.
- 12.2** O Período de Cobertura e vigência da Apólice será de acordo com o estipulado no Contrato do Seguro, podendo ser renovada automaticamente uma única vez, devendo as renovações posteriores serem feitas, obrigatoriamente, de forma

expressa. A renovação expressa poderá ser efetivada quantas vezes se fizer necessária, desde que realizada pelo Estipulante.

- 12.3 Caso haja, durante a vigência e/ou na renovação, qualquer modificação da apólice deverá ser feita através de aditivo, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da Apólice que implique em ônus ou dever aos Segurados ou, ainda, a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) dos integrantes do grupo segurado.
- 12.4 Caso a Seguradora não tenha interesse em renovar a Apólice, deverá comunicar ao Estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.
- 12.5 A renovação automática não se aplica aos Estipulantes ou à Seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da Apólice.
- 12.6 A renovação automática não se aplica aos seguros de prazos inferiores a 1 (um) ano, caso em que a renovação é feita mediante apresentação de nova Proposta de Contratação.
- 12.7 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.
- 12.8 Este seguro é 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.

13 CAPITAL SEGURADO

- 13.1 O presente Seguro de Vida em Grupo é estruturado na modalidade de **Capital Global**, onde o Capital Segurado individual será apurado na Data do Evento, sendo equivalente ao valor do Capital Segurado Global dividido pelo número de Segurados Principais, constante na guia dos recolhimentos ao FGTS e/ou da Previdência Social.
- 13.2 O Capital Segurado do cônjuge corresponde a 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado do Segurado Principal.
- 13.3 O Capital Segurado dos filhos corresponde a 10% (dez por cento) do Capital Segurado do Segurado Principal.
- 13.4 O Seguro de Pessoas com Capital Global é uma modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco segundo a qual o valor do Capital Segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do Grupo Segurado.
- 13.5 A Seguradora procederá a reintegração automática do Capital Segurado Global, de todas as garantias, após cada sinistro.
- 13.6 Nenhuma Indenização por um mesmo Evento Coberto será superior ao valor do Capital Segurado.
- 13.7 A aceitação, pela Seguradora, de estabelecimento de Capital Segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da Indenização, independente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.
- 13.8 No caso de Invalidez Permanente por Acidente, a Seguradora pagará uma Indenização de acordo com a Tabela anexa a estas Condições Gerais.

- 13.9** No caso de pagamento de indenização por Invalidez Parcial por Acidente, Invalidez Total por Acidente ou por Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, o Capital Segurado será automaticamente reintegrado após cada Sinistro.
- 13.10** Os capitais Segurados da Indenização Especial por Acidente (IEA) e da Invalidez Permanente por Acidente (IPA) são proporcionais ao da garantia de Morte.
- 13.11** Considera-se como Data do Evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação dos Sinistros:
- 13.11.1** para a garantia de morte, a data da ocorrência do evento, constante na certidão de óbito, ressalvado o item 13.11.2;
- 13.11.2** para as garantias de acidentes pessoais, a data do acidente; e
- 13.11.3** para a garantia de risco por invalidez por doença, a data indicada na declaração médica.
- a) A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

14 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE VALORES

- 14.1** Os capitais Segurados e os Prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, em cada aniversário da Apólice, pelo Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior.
- 14.2** No caso de extinção do Índice Pactuado, deverá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo – IPCA/IBGE, ou, no caso da extinção deste, o seu substituto, devidamente previsto em Lei.
- 14.3** A atualização de valores não se aplica às apólices com vigência igual ou inferior a 1 (um) ano.
- 14.4** No caso de pagamento de prêmio à vista ou anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV até a data da ocorrência do sinistro, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

15 CUSTEIO DO SEGURO

- 15.1** Para fins deste Seguro, o custeio será **Não Contributário**, quando os componentes do Grupo Segurado não pagam Prêmios, sendo estes custeados integralmente pelo Estipulante.

16 PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 16.1** O Prêmio do Seguro terá periodicidade de pagamento mensal e resultará da aplicação, sobre o valor do Capital Segurado Global no mês do pagamento, da taxa inicialmente fixada no Contrato e anualmente recalculada com base nas operações do Seguro.

- 16.2** O Prêmio mensal deverá ser sempre pago antecipadamente em relação ao respectivo mês de Vigência do Seguro através de carnê, fatura mensal, fatura do cartão de crédito ou débito em conta junto à rede bancária autorizada a recebê-lo em nome do Estipulante, conforme definido no Contrato.
- 16.3** A data limite para pagamento do Prêmio não poderá ultrapassar o 30º dia da emissão da Apólice, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento de Prêmio.
- 16.4** A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da Apólice.
- 16.5** O pagamento do Prêmio mensal deverá ser efetuado até a data de seu vencimento. Se a data do vencimento cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do Prêmio poderá ocorrer no primeiro dia útil imediatamente seguinte, sem que haja suspensão das Garantias.
- 16.6** **Decorridos os prazos referidos nos subitens 16.3 e 16.5, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança do Prêmio, as coberturas do Seguro ficarão automaticamente e de pleno direito suspensas, sem que caiba restituição de qualquer parcela do Prêmio já paga, ficando a Seguradora isenta de qualquer obrigação decorrente de Sinistro verificado durante o período de suspensão da cobertura.**
- 16.7** As despesas de administração, agenciamento e corretagem, representadas pelo percentual de Carregamento constante do Contrato, serão cobertas pelo Prêmio mensal, sendo vedada a cobrança pelo Estipulante de taxa de inscrição ou de intermediação.
- 16.8** O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios e/ou indenizações, deverá ser efetuado por quem determinar a legislação específica.

17 RECÁLCULO DAS TAXAS

- 17.1** Sempre que o recálculo resultar taxas superiores às taxas em vigor, e a Apólice apresentar déficit técnico que indique a necessidade de adequação, sua aplicação será realizada mediante endosso à Apólice, e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo, por implicar em ônus aos Segurados conforme o disposto no Art. 801 do Código Civil.

18 SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

- 18.1** **A cobertura do seguro será suspensa se o Estipulante não pagar o Prêmio respectivo até o dia de seu vencimento, ressalvado o disposto nos itens 16.3 e 16.5.**
- 18.2** **O Segurado não terá cobertura para os sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período.**
- 18.3** **Ao Grupo Segurado que tiver a cobertura suspensa por inadimplência, fica facultado ao Estipulante reabilitar o Seguro dentro do prazo máximo de 90 (noventa) dias contados do vencimento da primeira parcela do Prêmio pendente de pagamento e antes de se completarem no máximo 3 (três) parcelas em atraso, mediante quitação do Prêmio vincendo.**
- 18.3.1** **No caso da retomada do pagamento dos prêmios, antes do fim do prazo de suspensão, as coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte**

e quatro) horas da data em que o Estipulante retomar o pagamento do prêmio, respondendo a Seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

- 18.4 Transcorridos 90 (noventa dias) da data do vencimento do Prêmio e não sendo este pago, na forma e nas condições previstas no subitem anterior, determinará o cancelamento de pleno direito da Apólice, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial e sem que caiba restituição de qualquer parcela do Prêmio já paga, respondendo a Seguradora pelos Sinistros ocorridos até o término do mês de cobertura do Seguro a que corresponda o último Prêmio recolhido.
- 18.5 A Seguradora dará aviso expresso ao Estipulante, com antecedência de 10 (dez) dias, no mínimo, do término do prazo para Reabilitação do Seguro através de correspondência advertindo quanto à necessidade de reabilitação do mesmo sob pena de cancelamento do Seguro.

19 CANCELAMENTO DO SEGURO

- 19.1 O seguro poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes através de anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 19.2 A Apólice poderá ser cancelada pela Seguradora, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, no mínimo, em caso de desinteresse pela renovação, de fraude, tentativa de fraude e/ou dolo por parte do Estipulante.
- 19.3 As Apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 19.4 Com o cancelamento da Apólice, ou no final do prazo de vigência de que trata o subitem 12.2, cessa a cobertura de cada Segurado, Principal ou Dependente, observando-se, em qualquer caso, que a caducidade do Seguro se dá sem restituição dos Prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade se o Segurado, seu(s) preposto(s) ou Beneficiário(s) agir(em) com dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou para majorar Indenização.
- 19.5 A cobertura do Seguro cessa automaticamente quando:
- a) decorrido o prazo de suspensão previsto no item 18.4, o Estipulante não promover a Reabilitação da cobertura; ou
 - b) do término do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante.
- 19.6 No caso de rescisão total ou parcial do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- 19.7 Caso não haja interesse do Estipulante na manutenção do Segurado no grupo, poderá ser oferecida a possibilidade de ingresso em outro seguro, compatível no que se refere às coberturas originalmente contratadas, com estrutura técnica adequada à sua idade no momento da perda do vínculo, não sendo exigida nova declaração de saúde para as mesmas coberturas existentes no Contrato anterior.
- 19.8 Além das situações mencionadas no subitem 19.6, a cobertura do Segurado Dependente cessa:

- a) Com a perda da condição de dependente do Segurado Principal de acordo com as normas legais aplicáveis ao Imposto de Renda;
 - b) Quando houver o cancelamento da Apólice;
 - c) Se o Segurado Principal deixar o Grupo Segurado;
 - d) Em caso de morte ou invalidez funcional permanente total por doença do Segurado Principal;
 - e) Em caso de separação ou divórcio (cônjuge);
 - f) Com a inclusão do Segurado Dependente no Grupo Segurado na condição de Segurado Principal;
 - g) No caso de atingir a maioridade (filhos);
 - h) A pedido do Segurado principal na hipótese de inclusão facultativa do Segurado Dependente.
- 19.9** Nos casos dos itens 19.8a), 19.8e) e 19.8g) mesmo que não tenha sido dada ciência do fato à Seguradora, não caberá restituição de qualquer parcela do Prêmio já paga, nem será devida Indenização por Sinistro ocorrido com o Segurado Dependente após a perda da condição de dependente do Segurado Principal.
- 19.10** O Seguro será imediatamente e automaticamente extinto quando do pagamento integral do Capital Segurado relativo à garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), visto que trata-se da antecipação da garantia de Morte.
- 19.10.1** Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.
- 19.10.2** Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas destas Condições Especiais e do Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

20 LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 20.1** O Evento Coberto pelo Seguro deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, ou pelo Segurado, ou ainda pelo(s) Beneficiário(s), no formulário “AVISO DE SINISTRO”, ou em carta registrada, ou telegrama dirigido à Seguradora.
- 20.2** A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera a obrigação de apresentar o formulário “AVISO DE SINISTRO”, preenchido e assinado pelo Segurado ou Beneficiário (conforme o caso), ou seu representante legal.
- 20.3** Qualquer Indenização somente passa a ser devida após o pagamento do Prêmio mensal, que deve ser feito no máximo até a data prevista no respectivo documento de cobrança e do recebimento pela Seguradora da documentação completa exigível para regulação do Sinistro, os quais deverão ser apreciados pela Seguradora no prazo máximo de 30 (trinta) dias:
- 20.3.1** Em caso de morte natural:
- a) Relação nominal constante dos recolhimentos ao FGTS e/ou da Previdência Social relativa ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro;
 - b) Aviso de Sinistro e Requerimento preenchido pelo(s) beneficiário(s);

- c) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF do Segurado;
- d) Cópia autenticada da certidão de óbito;
- e) Relação com o(s) nome(s) e endereço(s) do(s) médico(s) assistente(s) e hospital(is) em que esteve internado o Segurado, quando o tempo decorrido entre a contratação e o sinistro for inferior a três anos;
- f) Comprovante de matrícula em estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de ensino médio, para filhos maiores de 21 anos e até 24 anos de idade, quando houver o falecimento destes e desde que os mesmos figurem como Segurados Dependentes;
- g) Laudo médico com carimbo e CRM e firma reconhecida do médico assistente, emitido a pelo menos 12 meses da data do óbito, no caso de Segurado Dependente inválido e incapaz para o trabalho, quando houver o falecimento destes;
- h) Cópia atualizada da certidão de casamento ou declaração de união estável reconhecida judicialmente, quando tratar-se do falecimento do cônjuge e este figurar como Segurado Dependente;
- i) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF, comprovante da conta bancária e de residência do(s) beneficiário(s) maior(es); e
- j) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF ou da Certidão de Nascimento, e comprovante de residência do(s) beneficiário(s) menor(es).

20.3.2 Em caso de morte acidental:

- a) Relação nominal constante dos recolhimentos ao FGTS e/ou da Previdência Social relativa ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro;
- b) Aviso de Sinistro e Requerimento preenchidos pelo(s) beneficiário(s);
- c) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF do Segurado;
- d) Cópia autenticada da certidão de óbito;
- e) Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal ou laudo de exame cadavérico;
- f) Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado;
- g) Comprovante de matrícula em estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de ensino médio, para filhos maiores de 21 anos e até 24 anos de idade, quando houver o falecimento destes e desde que os mesmos figurem como Segurados Dependentes;
- h) Laudo médico com carimbo e CRM e firma reconhecida do médico assistente, emitido a pelo menos 12 meses da data do óbito, no caso de Segurado Dependente inválido e incapaz para o trabalho, quando houver o falecimento destes;
- i) Cópia atualizada da certidão de casamento ou declaração de união estável reconhecida judicialmente, quando tratar-se do falecimento do cônjuge e este figurar como Segurado Dependente;
- j) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF, comprovante de conta bancária e de residência do(s) beneficiário(s) maior(es); e

- k) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF ou da Certidão de Nascimento, e comprovante de residência do(s) beneficiário(s) menor(es).

20.3.3 Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente:

- a) Relação nominal constante dos recolhimentos ao FGTS e/ou da Previdência Social relativa ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro;
- b) Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado ou seu representante legal;
- c) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF e cópia simples da conta bancária e comprovante de residência do segurado;
- d) Formulário de IPA (Invalidez Permanente por Acidente), preenchido pelo Segurado ou seu representante legal e Médico Assistente;
- e) Laudo médico ou da Previdência Social que ateste a Invalidez Permanente do Segurado; e
- f) Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado.

20.3.4 Em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:

- a) Relação nominal constante dos recolhimentos ao FGTS e/ou da Previdência Social relativa ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro;
- b) Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, acompanhando a comunicação à Seguradora de suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante;
- c) Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro) e as informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante, conforme definido nos itens 3.3.3b) ou 3.3.3c).
- 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 segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado;
- e) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível; e
- f) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF e cópia simples da conta bancária e comprovante de residência do segurado.

20.3.5 Em caso de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:

- a) Relação nominal constante dos recolhimentos ao FGTS e/ou da Previdência Social relativa ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro;

- b) Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Médico Assistente e pelo Segurado;
 - c) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF e cópia simples da conta bancária e comprovante de residência do segurado;
 - d) Relatório original do médico que tenha assistido o Segurado, com a descrição das lesões, suas prováveis causas e o tratamento recomendado;
 - e) Registro da ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado;
 - f) Originais dos comprovantes das despesas médicas, hospitalares e odontológicas.
- 20.4** Para recebimento da Indenização das coberturas contratadas, o Segurado ou Beneficiário deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do Evento Coberto, bem como todas as circunstâncias relacionadas com ele, ficando facultado à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do Sinistro.
- 20.5** **A Seguradora não pagará qualquer Indenização com base no Seguro, caso haja por parte do Segurado, seu(s) preposto(s) ou Beneficiário(s):**
- a) inobservância das obrigações convencionadas, que acarretem intencionalmente agravação do risco coberto; ou
 - b) fraude ou tentativa de fraude, simulando ou provocando um Sinistro, ou ainda, agravando as suas consequências.
- 20.6** As despesas efetuadas com a legitimação do sinistro e documentos de habilitação são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora.
- 20.6.1** Eventuais encargos de tradução de documentos ficarão totalmente a cargo da Seguradora.
- 20.6.2** O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando o limite de cobertura estabelecido para a garantia, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
- 20.7** A Indenização Especial por Acidente não se acumula com a Invalidez Permanente por Acidente. Se depois de paga Indenização por Invalidez Permanente por Acidente verificar-se a morte do Segurado dentro de 1 (um) ano a contar da Data do Evento e em decorrência do mesmo, a Seguradora pagará a Indenização devida pela Morte por Acidente, deduzida a importância já paga pela Invalidez Permanente. Entretanto, se a Indenização já paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte, não será exigida a devolução da diferença.
- 20.8** A partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação exigível para regulação do Sinistro em cada garantia, contar-se-á o prazo para o pagamento da Indenização de no máximo 30 (trinta) dias, não sendo seu valor atualizado na hipótese da Seguradora cumprir o referido prazo.
- 20.9** Em caso de dúvida fundada e justificável para a comprovação do evento gerador, da habilitação do(s) Beneficiário(s), ou da quitação do último Prêmio antes da ocorrência do fato gerador, a Seguradora poderá exigir do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) outros documentos além dos previstos no item 20.3, ficando suspensa a contagem do prazo para liquidação do Sinistro, que só

voltará a correr a partir do primeiro dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas às exigências.

- 20.10** Transcorrido o prazo a que se referem os subitens 20.8 e 20.9 sem que tenha sido paga a Indenização, o valor do Capital Segurado da cobertura será atualizado monetariamente pelo Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV acrescido de juros moratórios a taxa de 6% (seis por cento) ao ano, a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.
- 20.10.1** O pagamento dos valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios far-se-á independente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do Contrato.
- 20.11** A atualização a que se refere o subitem 20.10 será efetuada com base na variação positiva do índice estabelecido no plano, apurada entre o último índice publicado antes da data de ocorrência do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
- 20.12** As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de indenizar.
- 20.13** A Indenização dos riscos cobertos será feita diretamente ao Segurado, ao(s) Beneficiário(s), ou a procurador com poderes específicos para o ato.
- 20.14** Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado principal e do(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.
- 20.15** Os prazos prescricionais para toda e qualquer pretensão do Segurado ou do(s) Beneficiário(s) contra a Seguradora e vice-versa são aqueles determinados na Lei 10.406 de 10/01/02.
- 20.16** A Seguradora deverá em caso de divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza, causa ou extensão das lesões relacionadas às garantias de Invalidez Permanente por Acidente (IPA) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da contestação, a constituição da junta médica. Esta junta médica deverá ser constituída de 3 (três) membros, sendo: um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempator, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que nomear, sendo que a remuneração do terceiro será paga por ambos, em partes iguais. O prazo para constituição da junta será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 20.17** Todas as indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único.
- 20.17.1** Nos casos de morte acidental, quando contratada a garantia de Indenização Especial por Acidente (IEA), o Capital Segurado da referida garantia será pago juntamente com o da garantia de Morte.
- 20.18** O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante, no caso de invalidez funcional permanente e total por doença.
- 20.19** Possuindo o Segurado mais de um Seguro, nesta ou em outra Seguradora, garantindo Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, a responsabilidade da MBM Seguradora S.A. por este Seguro será igual, em cada

evento, a importância obtida pelo rateio do total dos gastos efetuados proporcionalmente aos limites segurados para cada garantia em todas as apólices em vigor na data do sinistro.

21 PERDA DE DIREITO

- 21.1 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 Estipulante obrigado ao pagamento do Prêmio vencido.
- 21.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:
- 21.2.1 na hipótese de não ocorrência do Sinistro:
- cancelar o seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de Prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- 21.2.2 na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento parcial do Capital Segurado:
- 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
 - 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.
- 21.2.3 na hipótese de ocorrência de Sinistro com pagamento integral do Capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da Indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de Prêmio cabível.
- 21.3 O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível a agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.
- 21.3.1 A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento 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.
- 21.3.2 O cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do Prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

22 BENEFICIÁRIOS

- 22.1** Para fins deste Seguro entende-se como Beneficiário(s) a(s) pessoa(s) designada(s) nominalmente, em documento específico, para receber o valor da Indenização, no caso de ocorrência de Evento Coberto.
- 22.2** O(s) Beneficiário(s) poderá(ão) ser substituído(s) a qualquer tempo mediante aviso escrito à Seguradora. Nenhuma alteração de Beneficiário terá validade se não constar de declaração escrita do Segurado, desobrigando-se a Seguradora do pagamento da Indenização ao novo Beneficiário caso não seja oportunamente cientificada da substituição.
- 22.3** No caso de morte do Segurado Dependente, o Beneficiário será sempre o Segurado Principal.
- 22.4** Na falta de indicação de 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.
- 22.5** Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) que mantenha com o Segurado Principal união estável reconhecida judicialmente e desde que este ao tempo da contratação do Seguro esteja separado de fato ou judicialmente.
- 22.6** Na falta das pessoas mencionadas nos subitens precedentes, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

23 REGIME FINANCEIRO

- 23.1** Tendo em vista que o presente seguro é estruturado em Regime Financeiro de Repartição Simples, não é previsto, em qualquer hipótese, a devolução ou resgate de Prêmios ao Segurado, aos Beneficiários ou ao Estipulante.

24 FORO

- 24.1** As questões judiciais entre o Segurado, Beneficiário ou Estipulante e a Seguradora serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário ou do Estipulante, conforme o caso. Na hipótese de inexistência de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

25 MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

- 25.1** A propaganda e a divulgação do Seguro por parte do Estipulante ou do Corretor do Seguro somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as Condições Gerais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP, e a legislação normativa deste Seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações por ela autorizadas.
- 25.2** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 25.3** O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

26 EXCEDENTE TÉCNICO

26.1 Quando expressamente previsto no Contrato, a distribuição de excedentes técnicos será realizada após cada aniversário da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

26.2 Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado.

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

- a) prêmios recebidos pela Seguradora, de competência correspondente ao período de vigência, efetivamente pagos, líquidos de IOF;
- b) estorno de sinistros computados em excedentes técnicos anteriores, mas que definitivamente não sejam devidos; e
- c) estorno da Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR) computada em períodos anteriores.

II - Consideram-se como despesas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

- a) comissões de corretagem pagas no período de apuração;
- b) comissões de agenciamento pagas no período de apuração;
- c) pró-labore (remuneração do estipulante/subestipulante) pago no período de apuração;
- d) COFINS e PIS incidentes sobre a operação de seguros, calculados mediante a aplicação de suas respectivas alíquotas (conforme legislação federal) sobre a diferença entre a soma das receitas e a soma das despesas listadas no subitem 26.2.II;
- e) despesas administrativas, calculadas através da aplicação de um percentual, definido em contrato, sobre os prêmios previstos no subitem 26.2.I.a);
- f) o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e avisados no período de apuração, considerando-se os pagos e pendentes e computando-se pelo valor total os sinistros com pagamento parcelado;
- g) os saldos negativos de resultados técnicos apurados em vigências anteriores, ainda não compensados;
- h) prêmios de resseguro, quando houver; e
- i) Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR), calculada com a mesma metodologia praticada pela área atuarial para a constituição da IBNR oficial da Seguradora.

III- As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) o respectivo pagamento para prêmios e comissões;
- b) o aviso à Seguradora para os sinistros;
- c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
- d) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

- 26.3** O percentual de reversão de excedente técnico constará na proposta de contratação, de adesão, e no contrato.
- 26.4** A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no contrato até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no contrato.
- 26.5** A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término do prazo previsto no contrato, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
- 26.6** Para os casos previstos no item 26.2, deverá ser incluído no certificado individual informação de que o segurado tem direito ao excedente técnico.

Porto Alegre, 08 de março de 2017.

ANEXO

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
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 um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	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
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	
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 parcial 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 1/2 e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
- menos de 3 (três) centímetros: sem indenização		

Porto Alegre, 08 de março de 2017.