

SEGURO DE VIDA EM GRUPO
Processo de Aprovação SUSEP 10.004809/99-87

CONDIÇÕES GERAIS

1	DEFINIÇÕES.....	1
2	OBJETIVO DO SEGURO	5
3	GARANTIAS DO SEGURO	5
4	RISCOS COBERTOS	6
5	RISCOS EXCLUÍDOS	8
6	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA	11
7	CARÊNCIA	11
8	GRUPO SEGURÁVEL.....	12
9	ACEITAÇÃO DO SEGURO	12
10	GRUPO SEGURADO.....	14
11	VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO	14
12	CAPITAL SEGURADO	15
13	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE VALORES.....	16
14	CUSTEIO DO SEGURO.....	16
15	PAGAMENTO DO PRÊMIO	17
16	RECÁLCULO DAS TAXAS.....	19
17	DATA DO EVENTO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	19
18	SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO	20
19	CANCELAMENTO DO SEGURO.....	21
20	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	22
21	PERDA DE DIREITO.....	24
22	BENEFICIÁRIOS.....	25
23	REGIME FINANCEIRO	26
24	FORO	26
25	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	26
26	EXCEDENTE TÉCNICO	26
27	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	28

SEGURO DE VIDA EM GRUPO
Processo de Aprovação SUSEP 10.004809/99-87

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;
- 1.2 Acidente Vascular Cerebral (AVC):** é qualquer acidente cerebrovascular com sequelas neurológicas e com uma duração superior a 24 (vinte e quatro) horas, que inclui a morte do tecido cerebral decorrente de fluxo sanguíneo deficiente por hemorragia, isquemia ou embolia proveniente de uma fonte extra cranial.
- 1.3 Análise do Risco:** Análise que a Seguradora efetua em cada Proposta de Adesão recebida, com a finalidade de verificar o grau do risco apresentado pelos componentes do grupo segurável;
- 1.4 Anestesia:** Ação médica através da qual se objetiva abolir a sensação de dor através de drogas e meios mecânicos, administrada por profissional legalmente habilitado para este ato médico;
- 1.5 Apólice:** Documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante, nos planos coletivos;
- 1.6 Ato Cirúrgico:** Ato médico através do qual uma doença ou uma lesão causada por acidente pessoal é tratada por meio de ação mecânica ou manual sobre os membros, órgãos e tecidos, com o intuito de modificá-los ou eliminá-los. Considera-se como ato cirúrgico todos os procedimentos classificados como tal e constantes na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM/2010;
- 1.7 Beneficiário:** Pessoa física ou jurídica indicada livremente pelo Segurado na Proposta de Adesão ou em documento específico para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do evento coberto;
- 1.8 Capital Segurado:** Valor máximo para a garantia contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento;
- 1.9 Carência:** Lapso de tempo, apurado a partir do início de vigência do Seguro, durante o qual o Segurado não terá direito a cobertura prevista pelo Seguro, sendo nulo em caso de acidente pessoal;
- 1.10 Carregamento:** Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;
- 1.11 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;
- 1.12 Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (Ponte de Safena):** é a intervenção cirúrgica, a céu aberto, para a recuperação de uma ou mais artérias coronárias, as quais se encontram parcial ou totalmente bloqueadas, introduzindo-se um “by-pass” artério-coronário.

- 1.13 Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM/2010:** Tabela que define, de acordo com o procedimento médico adotado, a classificação do porte anestésico que é objeto de cobertura deste Seguro.
- 1.14 Coberturas de Risco:** Coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada;
- 1.15 Condições Contratuais:** Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual;
- 1.16 Condições Especiais:** Conjunto de Cláusulas que especificam as diferentes modalidades de coberturas que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro, podendo ainda ampliar ou restringir o disposto nas Condições Gerais;
- 1.17 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;
- 1.18 Contrato:** Instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários;
- 1.19 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;
- 1.20 Data do Evento:** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, quando da liquidação de sinistros:
- a) para as garantias de acidentes pessoais, a data do acidente;
 - b) para a garantia de risco por invalidez, não consequente de acidente, a data indicada na declaração médica;
 - c) para a garantia de procedimentos anestésicos, a data efetiva em que o Segurado foi submetido ao procedimento anestésico coberto pelo Seguro;
 - d) para as demais coberturas de risco, a data da ocorrência do evento coberto, conforme definido nas Condições Gerais e/ou Especiais.
- 1.21 Declaração de Saúde:** Questionário constante da Proposta de Adesão, que deverá ser respondido pelo proponente, no qual o mesmo informará à Seguradora o seu estado de saúde na data da subscrição, bem como sua principal ocupação, atividade ou profissão;
- 1.22 Doença:** é o evento decorrente da perturbação das condições de saúde do Segurado, caracterizado por intermédio de um processo mórbido que exija tratamento médico, **não se enquadrando na classificação de acidente pessoal.**
- 1.23 Doenças Graves:** para fins deste Seguro, considera-se **exclusivamente** como tal a Neoplasia Maligna (CÂNCER) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC), bem como os seguintes procedimentos cirúrgicos: Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (PONTE DE SAFENA); e Cirurgia de Válvulas Cardíacas e Aorta.
- 1.24 Doenças e Lesões Preexistentes:** São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao Seguro, caracterizadas pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde, de conhecimento do mesmo antes da data da contratação e não declaradas na Proposta de Adesão;

- 1.25 Estipulante:** Pessoa física ou 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, e como Estipulante-verbador quando não participar do custeio;
- 1.26 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;
- 1.27 Excedente Técnico:** Saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período;
- 1.28 Folha de Anestesia:** Documento preenchido pelo médico anestesiológico, que relata o ato anestésico, obedecendo aos padrões das entidades hospitalares onde este foi realizado, detalhando o procedimento anestésico, o procedimento cirúrgico e sua duração, as medicações utilizadas e as condições clínicas do paciente durante o mesmo, os acidentes e complicações;
- 1.29 Formulário de Aviso de Sinistro:** O documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora;
- 1.30 Garantias:** Obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto;
- 1.31 Grupo Segurado:** Totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;
- 1.32 Grupo Segurável:** Totalidade das pessoas físicas que mantém vínculo concreto com o Estipulante e que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva;
- 1.33 Indenização:** Valor a ser pago pela Seguradora quando da ocorrência de um sinistro, limitado ao capital segurado da respectiva garantia contratada;
- 1.34 Índice Pactuado:** Índice contratado para a atualização dos prêmios e capitais segurados, na forma indicada nas Condições Gerais e na Proposta de Adesão;
- 1.35 Início de Vigência do Seguro:** Data de aceitação da Proposta de Adesão, a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora;
- 1.36 Médico Assistente:** Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina;
- 1.37 Migração de Apólice:** Transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência;
- 1.38 Neoplasia Maligna (Câncer):** doença provocada por tumor maligno (sarcomas, carcinomas, leucemias e similares) cujas características são o crescimento e a multiplicação incontrolada das células malignas e a invasão e destruição do tecido normal.
- 1.39 Nota Técnica Atuarial:** Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;
- 1.40 Período de Cobertura:** Aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;
- 1.41 Porte Anestésico:** É a classificação do ato anestésico conforme sua complexidade e duração, de acordo com a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM/2010. O porte anestésico é classificado a partir do porte zero até o

porte 8 (oito), seguindo uma escala crescente em relação à complexidade do procedimento;

- 1.42 Prêmio:** Valor destinado ao custeio do seguro pago pelo Segurado e/ou Estipulante à Seguradora para que esta assuma a responsabilidade pela(s) garantia(s) contratada(s);
- 1.43 Procedimento Anestésico:** Ato realizado por médico anestesiológista, visando a realização de procedimento cirúrgico ou diagnóstico (exames radiológicos, tomográficos, endoscópicos, hemodinâmicos Tc), que justifique a necessidade de utilização do mesmo;
- 1.44 Proponente:** O interessado em contratar o Seguro, no caso de contratação individual, ou que propõe sua adesão à Apólice, no caso de contratação coletiva, e que passará à condição de Segurado somente após sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio;
- 1.45 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;
- 1.46 Proposta de Contratação:** Documento com 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 garantia (ou garantias), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;
- 1.47 Reabilitação:** Restabelecimento das coberturas contratadas em função do pagamento do(s) prêmio(s) em atraso, dentro do prazo de suspensão;
- 1.48 Regime Financeiro de Repartição Simples:** Estrutura técnica do Seguro em que os prêmios pagos 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;
- 1.49 Reintegração:** Recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro;
- 1.50 Riscos Excluídos:** Riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais que não serão cobertos pelo Seguro;
- 1.51 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 subscreve o Seguro e mantém vínculo com o Estipulante passível de comprovação efetiva, sendo o 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, da Previdência Social, ou por regulamentação própria e, desde que não sejam seguráveis como Segurado Principal, e Segurado Ascendente o pai e/ou a mãe do Segurado, desde que não sejam seguráveis como Segurado Principal;
- 1.52 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;
- 1.53 Sinistro:** Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro;
- 1.54 Vigência do Seguro:** Período no qual a Apólice de Seguro está em vigor;
- 1.55 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, regido por estas Condições Gerais, Condições Especiais e pelas Condições Contratuais expressamente convencionadas, 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 Garantia **Básica** do Seguro:

- 3.1.1 Morte** - 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 até 100% (cem por cento) do capital segurado da garantia básica, pela morte do Segurado em decorrência de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do Seguro.
- 3.3.2 Invalidez Permanente por Acidente (IPA)** - Garante o pagamento de uma indenização, até o limite do capital segurado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro.
- 3.3.3 Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)** - Garante o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a garantia básica (morte), em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, conseqüente de doença que cause a perda de sua existência independente, observados os critérios especificados nas Condições Especiais.
- 3.3.4 Despesas com Procedimentos Anestésicos (DPA)** - Garante o pagamento, até o limite do Capital Segurado contratado e nos moldes especificados no item 11 das Condições Especiais desta garantia, das despesas com anestesia efetuadas pelo Segurado que venha a ser submetido a algum procedimento anestésico, em nível ambulatorial e/ou hospitalar, decorrente de ato cirúrgico ou exame médico de diagnóstico, em razão de doença ou lesão causada por acidente pessoal.
- 3.3.5 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.
- 3.3.6 Auxílio Alimentação (AA)** - Garante ao beneficiário o pagamento do capital segurado individual contratado para esta garantia a título de Auxílio Alimentação, em caso de morte do segurado, qualquer que seja a causa, durante a vigência do Seguro.
- 3.3.7 Rescisão Contratual (RC)** - Garante ao Estipulante do Seguro o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia em caso de morte do

segurado, qualquer que seja a causa, durante a vigência do Seguro, à título de reembolso das despesas com o acerto rescisório trabalhista.

3.3.8 Doenças Graves (DG) - Garante ao próprio Segurado a antecipação de parte do Capital Segurado contratado para a Cobertura Morte Qualquer Causa (MQC), quando o mesmo apresentar qualquer uma das doenças graves ou procedimentos cirúrgicos relacionados e descritos nas condições especiais desse documento, respeitado o prazo de carência previsto e as demais disposições aplicáveis.

3.3.9 Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) - Garante a antecipação do pagamento de um percentual da cobertura Morte Qualquer Causa (MQC) ao próprio Segurado, em caso de Invalidez Permanente e Total por Doença, comprovada através de declaração médica, para o exercício de sua atividade laborativa principal. Considerada como tal aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento da sua constatação, causada por doença, desde que a doença que determinou a incapacidade não tenha sido contraída antes da data de contratação do Seguro. **Atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual definido nas condições contratuais.**

3.3.10 Doenças Congênitas dos Filhos (DCF) - garante o pagamento do Capital Segurado ao Segurado, em razão do nascimento de filho legítimo, com vida, portador de doença congênita, desde que diagnosticada e comprovada até o final da vigência do Seguro.

3.4 As garantias referidas nos itens 3.3.1e 3.3.2, Indenização Especial por Acidente e Invalidez Permanente por Acidente, não se acumulam quando decorrentes do mesmo acidente, regendo-se sempre pelo que dispõe as Normas de Acidentes Pessoais.

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 garantias relacionadas ao reembolso de despesas com o funeral, seja na condição de Segurado Principal ou 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.

3.7 Apenas as garantias de Morte, Indenização Especial por Acidente (IEA), Invalidez Permanente por Acidente (IPA) e Despesas com Procedimentos Anestésicos (DPA) são extensivas aos cônjuges.

3.8 Apenas as garantias básicas e Despesas com Procedimentos Anestésicos (DPA) são extensivas aos filhos do Segurado Principal.

3.9 Apenas a garantia básica é extensiva aos segurados descendentes e aos segurados ascendentes do Segurado Principal

4 RISCOS COBERTOS

4.1 O Segurado estará coberto dos seguintes riscos durante a vigência do Seguro:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, observado o disposto no subitem 7.6;
- 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.

4.2 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) seqüestros 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.

4.3 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 conseqüentes 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 conseqüência pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de Previdência ou assemelhadas, como “*invalidéz acidentária*”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 1.1.

5 RISCOS EXCLUÍDOS

5.1 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 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;
- c) de doenças preexistentes à contratação do Seguro de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão;
- 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, dirigente e administradores;
- f) de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- g) 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;
- h) 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;
- i) 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;
- j) 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; e
- k) de epidemias e pandemias declaradas por órgão competente.

5.2 Estão excluídos exclusivamente das garantias de morte por causas naturais, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Auxílio Alimentação (AA) e Rescisão Contratual (RC) 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.

5.3 Além dos riscos definidos no subitem 5.1, estão expressamente excluídos das garantias de Indenização Especial por Acidente, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Laborativa por Doença, Doenças Graves 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.

5.4 Estão excluídos exclusivamente da garantia de Despesas com Procedimentos Anestésicos os riscos decorrentes:

- a) de tratamento clínico e/ou cirúrgico com doença ou lesão preexistente à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado, não declaradas na Proposta de Adesão;
- b) de tratamento experimental ainda não reconhecido pelo Conselho Federal de Medicina e pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- c) do tratamento de danos físicos ou lesões resultantes de contaminação radioativa ou exposição a radiações e/ou emissões nucleares ou ionizantes, pelo uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não;
- d) das doenças, lesões e acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;
- e) das cirurgias plásticas em geral, salvo as que sejam simultaneamente restauradoras e resultantes de acidentes ocorridos na vigência do Seguro;
- f) do tratamento de infertilidade ou de esterilização e suas consequências;
- g) dos tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos ou ilegais;
- h) das epidemias, envenenamentos de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;
- i) do tratamento por senilidade ou rejuvenescimento, repouso ou emagrecimento e suas consequências;
- j) do tratamento odontológico e ortodontológico, exceto por trauma-crânio-maxilo-facial em decorrência de acidente; e
- k) dos tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, psicanálise e sonoterapia.

5.5 Além dos riscos excluídos relacionados no subitem 5.4, estão expressamente excluídos os procedimentos anestésicos constantes da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM/2010 definidos como de porte 0 (zero), em decorrência do disposto no item 12 das Condições Especiais da garantia de DPA.

5.6 Além dos riscos definidos no subitem 5.1, 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.
- 5.7** Além dos riscos mencionados no subitens 5.1 e 5.3, estão também expressamente excluídos da cobertura de Doenças Graves:
- a) Os eventos ocorridos em consequência de doenças ou lesões preexistentes à contratação do Seguro, de conhecimento prévio do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, inclusive aquelas cobertas pela respectiva Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG);
 - b) Os eventos ocorridos em consequência do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
 - c) Qualquer classe de Neoplasia Maligna (CÂNCER) sem invasão ou insitu (incluindo displasia cervical), assim como o câncer de pele, exceto melanoma de invasão;
 - d) As doenças e procedimentos cirúrgicos correlacionados com infecção do vírus HIV, entre elas o sarcoma de Kaposi,
 - e) O carcinoma baso celular e a leucemia linfocítica crônica;
 - f) O estágio “A” do câncer de próstata (tumor não palpável comprometendo menos que 5% da próstata);
 - g) O estágio “I” da doença de Hodgkin;
 - h) Os ataques isquêmicos transitórios e qualquer outra alteração neurológica não resultante de acidente vascular, bem como injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
 - i) Os procedimentos cirúrgicos na artéria Aorta decorrentes de acidente pessoal;
 - j) A angiografia e/ou qualquer outra intervenção intra-arterial (angioplastia, endarterectomia, embolectomia e similares).
- 5.8** Além dos riscos mencionados no subitem 5.1, estão também expressamente excluídos da cobertura de Doenças Congênitas dos Filhos (DCF):
- a) Doenças que não observem o conceito de doenças congênitas definido nestas Condições Gerais;
 - b) Eventos decorrentes de uso de entorpecentes, medicamentos, drogas ou procedimentos não recomendados durante o período de gestação;
 - c) Defeitos congênitos decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;
 - d) Defeitos congênitos decorrentes pelo mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde; e
 - e) Natimortos.
- 5.9** Além dos riscos mencionados no subitens 5.1 e 5.3, estão também expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) os eventos ocorridos em consequência:

- a) De tratamentos decorrentes de patologias psiquiátricas e neuropsiquiátricas, inclusive psicanálise, sonoterapia, terapia ocupacional e psicologia;
- b) De tratamento por senilidade ou rejuvenescimento ou repouso ou emagrecimento e suas consequências;
- c) De estresse, incluídos “burnout”, e depressão;
- d) De tratamento clínico, cirúrgico ou endocrinológico com finalidade estética, ou social, ou cosmética e suas consequências, incluindo órteses e próteses;
- e) De tratamentos clínicos ou cirúrgicos ilegais ou não éticos, cirurgias para mudança de sexo, tratamento para esterilidade ou infertilidade, procedimentos anticoncepcionais, tratamento cirúrgico para impotência sexual, inseminação artificial e suas consequências;
- f) De complicações e intercorrências resultantes de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos causados por acidentes ou eventos não cobertos.
- g) 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;
- h) As doenças cuja evolução natural tenham sido agravadas por traumatismos;
- i) Eventos decorrentes, diretamente ou indiretamente, de acidentes;
- j) Invalidez que limite parcialmente a capacidade laborativa do segurado.

6 ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

- 6.1** O Seguro dará cobertura durante as 24 (vinte e quatro) horas do dia, em qualquer parte do globo terrestre.

7 CARÊNCIA

- 7.1** O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, respeitado o limite de 2 (dois) anos, e nunca superior ao período de vigência do seguro, sendo estabelecido nas Condições Contratuais e ratificado na Apólice.
- 7.2** O período de carência, exclusivamente para a garantia de Despesas com Procedimentos Anestésicos, será de 90 (noventa) dias contados a partir do início de vigência da cobertura individual, exceto para os atendimentos de obstetrícia (parto, cesárea e curetagem), cuja carência será de 10 (dez) meses.
- 7.3** A Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG), quando contratada, estará sujeita à carência de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual.
- 7.4** Em caso de renovação da apólice não será iniciado novo prazo de carência.
- 7.5** O pagamento antecipado dos prêmios não elimina nem reduz os prazos de carências estabelecidos nos subitens 7.1e 7.2.
- 7.6** 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 início de vigência

da cobertura individual, ou de sua recondução depois de suspenso, conforme previsto no artigo 798 da Lei 10.406 de 10/01/02.

- 7.7 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 garantias e respectivos valores já contratados.
- 7.8 **O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo certificado individual.**
- 7.9 O prazo de carência poderá ser aplicado aos aumentos de capital segurado solicitados após o início de vigência.

8 GRUPO SEGURÁVEL

- 8.1 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.
- 8.2 O Seguro poderá abrigar na mesma Apólice componentes de empresas coligadas e/ou controladas pelo Estipulante, de acordo com a Lei das Sociedades Anônimas.
- 8.3 A Adesão ao Seguro é facultativa para os componentes principais do Grupo Segurável, podendo ser admitidos como componentes dependentes daqueles, o cônjuge, o companheiro (ou a companheira), os filhos e enteados menores, considerados como dependentes pela legislação do Imposto de Renda ou da Previdência Social, e os ascendentes, desde que não sejam seguráveis como componentes principais.
- 8.4 No caso de inclusão de menores de 14 anos como componentes dependentes, o seguro destinar-se-á ao reembolso das despesas com funeral previstas nas Condições Especiais.
- 8.5 **Os capitais segurados dos componentes dependentes e ascendentes, em quaisquer garantias, não poderão ser superiores ao do componente principal.**

9 ACEITAÇÃO DO SEGURO

- 9.1 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.
 - 9.1.1 No caso de não aceitação da Proposta de Contratação, no prazo definido no subitem 9.1, a Seguradora procederá, ao Estipulante, à comunicação formal justificando a recusa.
 - 9.1.2 O prazo para manifestação definido no subitem 9.1 se aplica também para os casos de renovações e para alterações que impliquem na modificação do risco.
 - 9.1.3 **A solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta de contratação, 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.

- 9.1.4** A Seguradora em qualquer época poderá exigir do Estipulante a comprovação de todas as informações ou dados.
- 9.2** Poderão ser admitidas no Seguro as pessoas físicas com idade máxima definida nas Condições Contratuais, em boas condições de saúde e que atenderem aos critérios de análise e aceitação do risco da Seguradora na data da assinatura da Proposta de Adesão.
- 9.2.1** A adesão ao Seguro somente será feita mediante Proposta de Adesão assinada pelo Proponente.
- 9.2.2** Na Proposta de Adesão constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.
- 9.2.3** O proponente obriga-se a declarar, na Proposta de Adesão, as doenças, lesões ou sequelas físicas de que seja portador.
- 9.2.4** Para aceitação da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir comprovação de renda e/ou provas de saúde, tais como declaração complementar de saúde e/ou de atividade laborativa, relatório médico, exames específicos e perícia médica.
- 9.3** Quando os Segurados Principais tiverem dependentes comuns, estes somente poderão ser incluídos uma única vez, considerando-se dependente daquele de maior Capital Segurado.
- 9.4** A aceitação da Proposta de Adesão 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.
- 9.5** 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.**
- 9.6** A Seguradora reserva-se o direito de não aceitar a inclusão de proponente com Proposta de Adesão mal preenchida, com rasuras ou com declaração de saúde incompleta ou que comprometa a taxaço do seguro.
- 9.7** A não aceitação da Proposta de Adesão será comunicada pela Seguradora por escrito ao proponente, fundamentada na legislação vigente, com a consequente devolução dos valores já pagos, atualizados monetariamente da data do pagamento até a data da efetiva restituição pelo **Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV, correspondente ao período entre a data do pagamento do prêmio e a data da efetiva restituição, acrescido de juros de 6% (seis por cento) ao ano a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo referido no subitem 9.1, considerada a suspensão quando houver.** . No caso de recusa de risco, o valor pago a título de prêmio deverá ser restituído ao Segurado, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a contar da formalização da recusa pela Seguradora.
- 9.8** Aceita a Proposta de Adesão, a Seguradora expedirá o respectivo Certificado Individual do Seguro.
- 9.9** É obrigatória a emissão e posterior envio do Certificado Individual no início de vigência do contrato de seguro respectivo e em cada uma das renovações subsequentes.
- 9.10** É nula de pleno direito a inscrição do interessado que prestar declarações falsas, errôneas ou incompletas na Proposta de Adesão, adulterando ou omitindo circunstâncias que possam influenciar a avaliação do risco e na sua aceitação pela Seguradora.

- 9.11** A nulidade da inscrição, em razão das causas mencionadas no item 9.10, acarretará a perda de todos os direitos relativos ao Seguro, bem como dos valores correspondentes a prêmios pagos, nos termos do Artigo 766 da Lei n.º 10.406/2002.
- 9.12** A Seguradora em qualquer época poderá exigir do Segurado Principal ou de seu(s) Segurado(s) Dependente(s) a comprovação de todas as informações ou dados por estes fornecidos.
- 9.13** A inclusão dos componentes principais far-se-á da seguinte forma:
- a)** Automática – quando o Seguro abranger todos os componentes principais;
 - b)** Facultativa – quando o Seguro abranger somente os componentes principais que autorizarem sua inclusão, ou, cuja cobertura seja contratada por conta e ordem do Estipulante.
- 9.14** A inclusão dos componentes dependentes e ascendentes far-se-á da seguinte forma:
- a)** Automática – quando o seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os cônjuges, ou companheiros(as) dos componentes principais, bem como os pais e/ou mães dos componentes principais;
 - b)** Facultativa – quando somente por autorização do componente principal, o Seguro abranger os componentes dependentes supramencionados.
- 9.15** As obrigações da Seguradora decorrentes da cobertura contratada, somente serão exigíveis após a aceitação da respectiva Proposta de Adesão e quitação, antes da ocorrência do evento coberto, do(s) prêmio(s) devido(s), observado o período de carência.
- 9.16** A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

10 GRUPO SEGURADO

- 10.1** O Grupo Segurado é constituído por todos os componentes do Grupo Segurável que tenham sido incluídos no Seguro.
- 10.2** O índice de adesão, ou seja, a relação entre o número de segurados e o número de componentes do Grupo Segurável, e o número mínimo de segurados para fins de aceitação e manutenção do Seguro serão estabelecidos nas Condições Contratuais.

11 VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

- 11.1** A Apólice e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 horas da data neles indicada.
- 11.2** O período de cobertura e vigência da Apólice será de acordo com o estipulado no Contrato, 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, nos seguros coletivos, e desde que não implique em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos.
- 11.2.1** Exclusivamente para apólices com a garantia de DPA, o período de cobertura e vigência será de, no mínimo, 2 (dois) anos, 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 fizerem necessárias, desde que realizada pelo estipulante e desde que não implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

- 11.3** 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 alteração 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.
- 11.4** 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.
- 11.5** 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.
- 11.6** 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 Adesão.
- 11.7** As Propostas de Adesão recebidas pela Seguradora com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, e que tenham satisfeito as condições de aceitação, terão seu início de vigência às 24 horas da data de recepção da Proposta de Adesão, sendo devidamente indicada no Certificado Individual.
- 11.8** Respeitado o período do correspondente prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.
- 11.9** A Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG) será extinta, automaticamente, caso o Segurado receba a indenização correspondente ou quando o mesmo completar 70 (setenta) anos de idade.
- 11.10** Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas, sem pagamento de prêmio e que tenham satisfeito as condições de aceitação, o início da vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.
- 11.11** 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.

12 CAPITAL SEGURADO

- 12.1** O Capital Segurado, relativamente aos segurados dependentes e ascendentes, não poderá ultrapassar o do Segurado Principal.
- 12.2** Nenhuma indenização por um mesmo evento coberto será superior ao valor do Capital Segurado.
- 12.3** 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.

- 12.4** Nos seguros em que o Segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da Seguradora do valor do capital segurado contratado sem a devida solicitação expressa do Segurado.
- 12.5** No caso de Invalidez Permanente por Acidente, a Seguradora pagará uma indenização de acordo com a Tabela anexa às Condições Especiais do Seguro.
- 12.6** No caso de pagamento de indenização por Invalidez Total ou Parcial por Acidente e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.
- 12.7** Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:
- 12.7.1** para a garantia de acidentes pessoais, a data do acidente;
 - 12.7.2** para a garantia de risco por invalidez, não consequente de acidente, a data indicada na declaração médica;
 - 12.7.3** para a garantia de Despesas com Procedimentos Anestésicos, a data efetiva em que o Segurado foi submetido ao procedimento anestésico coberto pelo Seguro;
 - 12.7.4** para as demais coberturas de risco, a data da ocorrência do evento coberto, conforme definido nas condições gerais e/ou especiais.

13 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE VALORES

- 13.1** 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.
- 13.1.1** Nas apólices de Seguro onde os Capitais Segurados são contratados na forma de múltiplo salarial, estes serão atualizados conforme a variação dos salários, no momento em que o Estipulante comunicar à Seguradora.
- 13.2** 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.
- 13.3** A atualização de valores não se aplica às apólices com vigência igual ou inferior a 1 (um) ano.
- 13.4** 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.

14 CUSTEIO DO SEGURO

- 14.1** Para fins deste Seguro, o custeio pode ser:
- a)** Não Contributário - quando os componentes do grupo segurado não pagam prêmios, sendo estes custeados integralmente pelo Estipulante;

- b) Parcialmente Contributário - onde o Segurado e Estipulante dividem o pagamento do prêmio, conforme percentuais de responsabilidade acordados no Contrato; ou
- c) Contributário - quando os componentes do grupo segurado pagam a totalidade dos prêmios.

15 PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 15.1 O prêmio do Seguro terá periodicidade de pagamento mensal, bimestral, trimestral, semestral ou anual e resultará da aplicação, sobre o valor do capital segurado no mês do pagamento, da taxa inicialmente fixada no Contrato e anualmente recalculada com base nas operações do Seguro.
- 15.2 O prêmio deverá ser sempre pago antecipadamente em relação ao respectivo mês de vigência do Seguro através de carnê, fatura, fatura do cartão de crédito, desconto ou consignação em folha ou débito em conta junto à rede bancária autorizada a recebê-lo em nome do Estipulante, conforme definido no Contrato.
- 15.3 A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º dia da emissão da Apólice, da fatura ou da conta do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento de prêmio.
- 15.4 A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.
- 15.5 O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o Seguro em vigor até o último dia do mês de vigência a que o pagamento se referir.
- 15.6 O pagamento do prêmio 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.
- 15.7 **Decorridos os prazos referidos nos subitens 15.3 e 15.5, 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.**
- 15.8 Mediante prévia autorização da Seguradora, o recolhimento do prêmio poderá ser delegado ao Estipulante, o que deve ser feito no prazo máximo de 5 (cinco) dias após o efetivo pagamento pelos Segurados, através de fatura e Documento de Cobrança emitidos pela Seguradora.
- 15.9 A delegação de que trata o subitem 15.8 poderá ser revogada a qualquer tempo pela Seguradora, mediante notificação expressa ao Estipulante.
- 15.10 Na cobrança do prêmio mediante carnê, a Seguradora providenciará para que o Segurado receba o carnê respectivo com antecedência de 30 (trinta) dias do vencimento da primeira parcela.
- 15.11 A emissão de carnê poderá ser delegada ao Estipulante que providenciará para que cada Segurado o receba até o vencimento da última parcela do carnê anterior.
- 15.12 Caso o Segurado não receba o novo carnê até o prazo estabelecido e desde que não tenha havido o cancelamento da Apólice, é seu direito efetuar o pagamento do prêmio do Seguro, antes do início do novo período de cobertura, mediante depósito bancário na conta indicada no carnê anterior, ou através de ordem de pagamento na rede

bancária, a favor da Seguradora, com indicação do número da Apólice e do Certificado Individual.

- 15.13** Nos seguros Contributários, quando os Segurados principais pagam o prêmio total ou parcialmente, se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora no prazo devido, os prêmios recolhidos dos Segurados, estes não serão prejudicados no direito à cobertura do Seguro, respondendo a Seguradora, até o cancelamento da Apólice, pelo pagamento das indenizações devidas, **ficando o Estipulante sujeito às cominações legais e ao pagamento de uma multa de 2% (dois por cento) sobre o valor que deixou de repassar, acrescida de atualização monetária com base no Índice Geral de Preços para o Mercado/Fundação Getúlio Vargas – IGP-M/FGV desde o vencimento da obrigação até a data do efetivo pagamento.**
- 15.14** Nos seguros Não Contributários, quando os Segurados principais não pagam o prêmio do Seguro, caracterizada a 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 a quitação dos prêmios vencidos, **atualizados monetariamente pelo, considerando a variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente antes da data de sua efetiva liquidação, restabelecendo-se o direito à cobertura do Seguro a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia da referida quitação, ficando o Segurado sujeito a nova declaração de saúde.**
- 15.15** A Seguradora dará aviso ao Estipulante, com antecedência de 10 (dez) dias, no mínimo, do término do prazo para reabilitação do Seguro, quando o custeio for Não Contributário, e também ao Segurado, quando o custeio for Contributário, através de correspondência advertindo quanto à necessidade de quitação dos prêmios em atraso sob pena de cancelamento do Seguro.
- 15.16** **O não pagamento do prêmio pelo Estipulante na forma e nas condições previstas no subitem 15.14, 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.**
- 15.17** Na cobrança do prêmio mediante desconto ou consignação em folha, o empregador somente poderá interromper o recolhimento no caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido formal do Segurado, a menos que tenha havido o cancelamento da Apólice.
- 15.18** O pedido expresso de cancelamento da autorização para desconto em folha de pagamento por parte do Segurado **retira do Estipulante a obrigatoriedade de cobrança e repasse do respectivo prêmio, passando o próprio Segurado a responder pelo recolhimento do valor dos prêmios sob sua responsabilidade, caso possua interesse na continuidade das coberturas do Seguro.**
- 15.19** O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do Seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora, devendo destacar, no carnê, ticket ou outro documento, a quantia que lhe for devida, seja a que título for, do valor do prêmio do Seguro.
- 15.20** As despesas de administração, agenciamento e corretagem, representadas pelo percentual de carregamento constante do Contrato, serão cobertas pelo prêmio, sendo vedada a cobrança pelo Estipulante de taxa de inscrição ou de intermediação.
- 15.21** 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.

16 RECÁLCULO DAS TAXAS

- 16.1** 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.
- 16.1.1** Havendo necessidade de ajustes, a taxa reajustada será aplicada a partir da data de aniversário da Apólice, desde que comunicada com aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedem o final da vigência da Apólice.
- 16.2** Alterações em periodicidades diferentes poderão ser feitas desde que previstas nas Condições Contratuais do Seguro.

17 DATA DO EVENTO E REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

- 17.1** Para efeito de determinação do Capital Segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento:
- 17.2** Na Cobertura Morte, na Cobertura Adicional de Auxílio Alimentação (AA) e na Cobertura Adicional Rescisão Contratual por Morte (RC), a data do falecimento;
- 17.3** Nas Coberturas Adicionais de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), Invalidez Permanente por Acidente (IPA) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), a data do acidente;
- 17.4** Nas Coberturas Adicionais de Indenização por Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) e Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD) a data 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.
- 17.5** Na Cobertura Adicional de Doenças Congênitas dos Filhos (DCF), a data do nascimento do filho com doença congênita devidamente comprovada por médico que esteja assistindo ao filho do 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.
- a) Na Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG): Nos casos de Neoplasia Maligna (CÂNCER): a data de realização dos exames complementares que diagnosticaram precisamente a respectiva doença e seu estágio;
- b) Nos casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC): a data do diagnóstico do AVC; e
- c) Nos casos de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (PONTE DE SAFENA) e Cirurgia de Válvulas Cardíacas e Aorta: a data de realização do procedimento cirúrgico.
- 17.5.1** Na Cobertura Adicional de Despesas com Procedimentos Anestésicos (DPA), a data de realização do procedimento cirúrgico
- 17.6** As regras de reintegração do Capital Segurado das coberturas estão determinadas abaixo:

- 17.6.1** O Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente por Acidente (IPA) somente será reintegrado em caso de invalidez parcial, e será automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.
- 17.6.2** Em caso de invalidez permanente total por acidente, não haverá reintegração do Capital Segurado relativo à cobertura adicional de Invalidez Permanente por Acidente (IPA).
- 17.6.3** A reintegração do Capital Segurado relativo às coberturas adicionais de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO) é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.
- 17.6.4** O Capital Segurado das coberturas de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) e Doenças Congênitas dos Filhos (DCF) não é reintegrado automaticamente após o pagamento da indenização. Após o pagamento integral do Capital Segurado da cobertura, esta é automaticamente cancelada e o Seguro permanece vigente com as demais coberturas contratadas, tendo o prêmio recalculado em função do Capital Segurado das coberturas remanescentes.

18 SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

- 18.1** A cobertura do seguro será suspensa se o Estipulante ou o Segurado não pagar o prêmio respectivo até o dia de seu vencimento, ressalvado o disposto no item 15.13.
- 18.2** Nos seguros Contributários, o Segurado que tiver cobertura suspensa por inadimplência e pagar o prêmio devido até o 90º (nonagésimo) dia posterior ao seu vencimento terá cobertura reabilitada para os riscos ocorridos a partir da data do respectivo pagamento.
- 18.3** Nos seguros Não Contributários, 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.
- 18.4** 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 ou o Segurado retomar o pagamento do prêmio, respondendo a Seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.
- 18.5** 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.

19 CANCELAMENTO DO SEGURO

- 19.1** O seguro poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes através da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 19.2** No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- 19.3** Qualquer alteração que restrinja direito ou que implique ônus ou dever ao Segurado deverá ser realizada por endosso ou aditivo ao contrato, com a concordância prévia e escrita de, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 19.4** 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.
- 19.5** As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.
- 19.6** Quando o custeio for Contributário, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora os prêmios pagos pelos Segurados tal fato não constituirá motivo para o cancelamento da Apólice, uma vez que não caracteriza a inadimplência dos Segurados, ficando o Estipulante sujeito ao pagamento da multa e demais encargos previstos no subitem 15.13.
- 19.7** O Estipulante não poderá cancelar o Seguro durante sua vigência sem o expresse consentimento dos Segurados enquanto o pagamento do prêmio correr por conta destes, ficando ressalvado o direito do mesmo ou da Seguradora de deixar de renovar a Apólice no aniversário.
- 19.8** Com o cancelamento da Apólice, ou no final do prazo de vigência de que trata o subitem 11.2, 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 na contratação do Seguro, ou ainda para obter ou para majorar indenização.
- 19.9** A cobertura do Seguro cessa automaticamente quando:
- a) decorrido o prazo de suspensão previsto nos itens 18.2 e 18.3, o Estipulante ou o Segurado não promoverem a reabilitação da cobertura;
 - b) do pedido de exclusão por escrito do Segurado Principal;
 - c) do término do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante.
- 19.10** No caso do item 19.9b) será respeitado o período de cobertura do Seguro correspondente ao prêmio pago, podendo o Segurado Principal e seus Segurados Dependentes optarem em mantê-la, desde que haja concordância do Estipulante e da Seguradora e o Segurado Principal assuma os custos do risco e da cobrança.
- 19.11** Caso não haja interesse do Estipulante na manutenção do Segurado no grupo, será oferecida a possibilidade de ingresso em outro seguro, compatível no que se refere às garantias 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 garantias existentes no contrato anterior.

- 19.12** Além das situações mencionadas no subitem 19.9, a cobertura do Segurado Dependente cessa:
- a) a pedido do Segurado Principal;
 - b) com a perda da condição de dependente do Segurado Principal de acordo com as normas legais aplicáveis ao Imposto de Renda e à Previdência Social, devendo neste caso ser dada ciência imediata à Seguradora para a suspensão da cobrança do prêmio correspondente;
 - c) com a inclusão do Segurado Dependente no Grupo Segurado na condição de Segurado Principal;
 - d) Quando houver o cancelamento da Apólice;
 - e) Se o Segurado Principal deixar o Grupo Segurado;
 - f) Em caso de morte do Segurado Principal.
- 19.13** Além das situações mencionadas no subitem 19.9, a cobertura do Segurado Ascendente cessa nos seguintes casos:
- a) A pedido do Segurado Principal.
 - b) Com o cancelamento da Apólice;
 - c) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante;
 - d) Quando o Segurado Principal solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com a sua parte no prêmio;
 - e) Com o pagamento da indenização da garantia de Morte do Segurado Principal.
- 19.14** No caso dos itens 19.12 e 19.13 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.**

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** 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.
- 20.4** **Qualquer indenização somente passa a ser devida após o pagamento do prêmio, 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, relacionada nas Condições Especiais do Seguro.**
- 20.5** Para recebimento da indenização das garantias 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.

- 20.6 A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no Seguro, caso haja por parte do Segurado, seu(s) preposto(s) ou Beneficiário(s):**
- a) inexistência, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da Proposta de Adesão;
 - b) inobservância das obrigações convencionadas, que acarretem intencionalmente agravamento do risco coberto; ou
 - c) fraude ou tentativa de fraude, simulando ou provocando um sinistro, ou ainda, agravando as suas consequências.
- 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 As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os documentos de habilitação correrão por conta do Segurado ou do(s) Beneficiário(s), salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.**
- 20.8.1** Eventuais encargos de tradução de documentos ficarão totalmente a cargo da Seguradora.
- 20.8.2** 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.
- 20.9 A partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação exigível para regulação do sinistro em cada garantia, relacionada nas Condições Especiais, 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.**
- 20.10 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 nas Condições Especiais, 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.**
- 20.11 Transcorrido o prazo a que se referem os subitens 20.9 e 20.10 sem que tenha sido paga a indenização, o valor do capital segurado da garantia 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.**
- 20.11.1** 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.
- 20.12 A atualização a que se refere o subitem 20.11 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.

- 20.13** As providências ou atos que a Seguradora praticar após o evento não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de indenizar.
- 20.14** A indenização dos riscos cobertos será feita diretamente ao Segurado, ao(s) Beneficiário(s), ou a procurador com poderes específicos para o ato.
- 20.15** Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado principal e do (s) dependente (s), os capitais segurados referentes às garantias dos Segurados, principal e dependente (s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.
- 20.16** 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.
- 20.17** A Seguradora deverá em caso de divergências e dúvidas de natureza médica, relacionadas com a natureza, causa ou extensão das lesões ou doenças, 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, desempatador, 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.
- 20.18** As indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único.

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 de adesão ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado 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:
- a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- 21.2.2** na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a

do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

- 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 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.
- 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 na Proposta de Adesão, ou 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 Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), por Doença (IFPD) ou de Doenças Graves (DG), o próprio Segurado será o Beneficiário.
- 22.4** Para a garantia de Rescisão Contratual (RC), o Beneficiário será o Estipulante da Apólice, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do Segurado.
- 22.5** No caso de morte do Segurado Dependente, o Beneficiário será sempre o Segurado Principal.
- 22.6** 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.
- 22.7** 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.
- 22.8** 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 Seguradora não se obriga por qualquer condição constante ou que venha a constar de estatutos, regulamentos ou instrumentos outros do Estipulante, que contrarie ou modifique quaisquer condições estabelecidas na Apólice, a não ser que tenha a Seguradora prévia e expressamente concordado em sujeitar-se a tal condição.
- 25.2** 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, Especiais 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.
- 25.3** O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 25.4** 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 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.
- 26.2.1** 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.

26.2.2 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 26.2.2;
- e) despesas administrativas, calculadas através da aplicação de um percentual, definido em contrato, sobre os prêmios previstos no subitem 26.2.1a);
- 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.

26.2.3 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.

27 OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

27.1 Constituem obrigações do Estipulante:

- 27.1.1 fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do grupo segurável, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- 27.1.2 manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- 27.1.3 fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Contrato de Seguro;
- 27.1.4 discriminar o valor do prêmio do Seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- 27.1.5 repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- 27.1.6 repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- 27.1.7 comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- 27.1.8 dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- 27.1.9 fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- 27.1.10 informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
- 27.1.11 discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado; e
- 27.1.12 comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quando ao Seguro contratado.

27.2 Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a cobrança de juros e atualização monetária ou o cancelamento das garantias, e sujeita o Estipulante às cominações legais.

SEGURO DE VIDA EM GRUPO
Processo de Aprovação SUSEP 10.004809/99-87

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA
GARANTIA BÁSICA (MORTE)

1- A garantia de Morte, regida pelas presentes Condições Especiais, pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado, ao(s) beneficiário(s) em decorrência da Morte do Segurado ocorrida durante a vigência do Seguro.

2- A indenização por Morte do dependente incluído no Seguro de acordo com as Condições Especiais e Contratuais do Seguro, é devida ao Segurado Principal.

3- O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a)** Aviso de Sinistro e Requerimento preenchido pelo(s) beneficiário(s);
- b)** Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF e cópia simples do comprovante da conta bancária e de residência do Segurado;
- c)** Cópia autenticada da certidão de óbito;
- d)** 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 cinco anos;
- e)** Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF, comprovante da conta bancária e de residência do(s) beneficiário(s) maior(es);
- f)** Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF ou da Certidão de Nascimento, e comprovante de residência do(s) beneficiário(s) menor(es);
- g)** Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro.

4- A garantia básica, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios.

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

4.2- Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

5- Nos casos de morte em decorrência de acidente e, quando contratada a garantia de Indenização Especial por Acidente, será pago o capital segurado da mesma juntamente com o da Garantia Básica.

SEGURO DE VIDA EM GRUPO
Processo de Aprovação SUSEP 10.004809/99-87

CONDIÇÕES ESPECIAIS
DA GARANTIA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR ACIDENTE (IEA)

1- A garantia de Indenização Especial por Acidente (IEA), regida por estas Condições Especiais e pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado, ao(s) beneficiário(s) do Segurado, pela morte deste em decorrência de acidente pessoal coberto, definido no subitem 1.1 das Condições Gerais, ocorrido na vigência do Seguro.

2- A Indenização Especial por Acidente, quando da morte acidental do Segurado Dependente é devida ao Segurado Principal.

3- O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a) Aviso de Sinistro e Requerimento preenchidos pelo(s) beneficiário(s);
- b) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF do Segurado;
- c) Cópia autenticada da certidão de óbito;
- d) Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal ou laudo de exame cadavérico;
- e) Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado;
- f) Cópia da cédula de identidade e do CPF, comprovante de conta bancária e de residência do(s) beneficiário(s) maior(es);
- g) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF ou da Certidão de Nascimento, e comprovante de residência do(s) beneficiário(s) menor(es);
- h) Contracheque anterior à data do sinistro, para comprovação do pagamento do prêmio.

4- A garantia de Indenização Especial por Acidente (IEA), nos seguros de Componentes Dependentes menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da MBM Seguradora S.A., por outros comprovantes satisfatórios.

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

4.2- Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

SEGURO DE VIDA EM GRUPO
Processo de Aprovação SUSEP 10.004809/99-87

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)**

1- A garantia de Invalidez Permanente por Acidente, regida por estas Condições Especiais e pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do Seguro.

2- 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.

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

2.2- 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.

2.3- 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.

2.4- 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).

2.5- 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.

2.6- 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.

2.7- A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente por acidente.

2.8- O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a) Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado;
- b) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF e cópia simples do comprovante da conta bancária e comprovante de residência do Segurado;
- c) Formulário de IPA (Invalidez Permanente por Acidente), preenchido pelo Segurado e Médico Assistente;
- d) Laudo médico ou da Previdência Social que ateste a invalidez permanente do Segurado;
- e) Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado;
- f) Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro;

3- A Seguradora deverá em caso de divergências e dúvida de natureza médica, relacionadas com a natureza, causa ou extensão das lesões ou doenças, 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, desempatador, 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.

4- A invalidez permanente prevista nestas condições deve ser comprovada através de declaração médica.

4.1- A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

5- 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 valor do capital segurado por morte, se contratada esta garantia.

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	

SEGURO DE VIDA EM GRUPO
Processo de Aprovação SUSEP 10.004809/99-87

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1- DEFINIÇÃO

1.1- Agravo Mórbido: Piora de uma doença;

1.2- 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;

1.3- Aparelho Locomotor: Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano;

1.4- Atividade Laborativa: Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda;

1.5- Ato Médico: Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina;

1.6- Auxílio: A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico;

1.7- Cardiopatia Grave: Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave";

1.8- Cognição: Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc;

1.9- Conectividade com a Vida: Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca;

1.10- Consumpção: Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença;

1.11- Dados Antropométricos: No caso da Garantia de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado;

1.12- Deambular: Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor;

1.13- 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;

1.14- Deficiência Visual: Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal;

1.15- Disfunção Imunológica: Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença;

1.16- Doença Crônica: Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado;

1.17- Doença Crônica em Atividade: Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento;

1.18- Doença Crônica de Caráter Progressivo: Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento;

1.19- 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;

1.20- 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;

1.21- Estados Conexos: Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo;

1.22- Etiologia: Causa de cada doença;

1.23- Fatores de Risco e Morbidade: Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage;

1.24- Hígido: Saudável;

1.25- Médico Assistente: Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada;

1.26- Prognóstico: Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença;

1.27- Quadro Clínico: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente;

1.28- Recidiva: Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento;

1.29- Refratariedade Terapêutica: Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído;

1.30- Relações Existenciais: Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida;

1.31- Sentido de Orientação: Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca;

1.32- Seqüela: Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença;

1.33- Transferência Corporal: Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

2- OBJETIVO DO SEGURO

2.1- Visa garantir o pagamento do Capital Segurado, em caso de invalidez funcional permanente total por doença do Segurado, ocorrida durante a vigência da cobertura individual, decorrente da perda da existência independente do segurado, sendo esta considerada quando da ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, sob critérios devidamente especificados no item **Dos Riscos Cobertos, desta Cláusula, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições do item Cancelamento do Seguro e as constantes das Condições Gerais.**

3- GARANTIA

A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item *Liquidação do Sinistro*.

3.1- RISCOS COBERTOS

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:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) 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;
- c) 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;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença**;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas 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;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - g.1) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g.2) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - g.3) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - g.4) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - i.1) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - i.2) Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - i.3) Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.2- DEMAIS RISCOS COBERTOS

3.2.1- 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.

3.2.2- O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (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).

3.2.3- 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.

3.2.4- Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

3.2.5- Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

3.2.6- O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

3.2.7- Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4- RISCOS EXCLUÍDOS

4.1- Além dos Riscos Excluídos previstos nas Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, 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 abaixo especificados:

- 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;
- c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

5- LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

5.1 A indenização por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será paga, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) 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 e,
- b) 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 definido no item *Dos Riscos Cobertos*.
- c) Relatório do Médico-Assistente do Segurado:
 - c.1) Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - c.2) 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;
- d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

- e) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF e cópia simples da conta bancária e comprovante de residência do segurado;
- f) Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do evento coberto.

5.2- A Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada poderá solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e ou, se for o caso, à sua liquidação.

5.3- 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.

6- DATA DO SINISTRO

6.1- A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica.

6.2- 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.

7- NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

7.1- 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.

7.2- A Sociedade Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.

8- JUNTA MÉDICA

8.1- No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação do segurado, a constituição de junta médica. A junta médica deverá ser constituída de 3 (três) membros, sendo: um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, 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, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para constituição da junta será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

9- DESPESAS DE COMPROVAÇÃO

9.1- As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

10- FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

10.1- Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o Capital Segurado contratado será pago de uma só vez.

11- CANCELAMENTO DO SEGURO

11.1- Desde que efetivamente comprovada, por ser a garantia de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da básica (morte), seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a garantia para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

11.2- 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.

Anexo I

ANEXO A CLÁUSULA ADICIONAL DA GARANTIA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DENÇA

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF

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

ATRIBUTO	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

DOCUMENTO 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE.

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

SEGURO DE VIDA EM GRUPO
Processo de Aprovação SUSEP 10.004809/99-87

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE DESPESAS COM
PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS**

- 1- A garantia de Despesas com Procedimentos Anestésicos (DPA), regida pelas presentes Condições Especiais, pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir pagamento, até o limite do Capital Segurado contratado e nos moldes especificados no item 11 abaixo, das despesas com anestesia efetuadas pelo Segurado que venha a ser submetido a algum procedimento anestésico, em nível ambulatorial e/ou hospitalar, decorrente de ato cirúrgico ou exame médico de diagnóstico, em razão de doença ou lesão causada por acidente pessoal.
- 2- Caberá ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos e hospitalares, desde que devidamente habilitados.
- 3- O Segurado Principal indicará, nominalmente, na Proposta de Adesão o(s) Segurado(s) Dependente(s), com direito à cobertura do Seguro.
- 4- Serão admitidos no Seguro, como Segurados Dependentes do Segurado Principal, o cônjuge e os filhos, desde que considerados dependentes pela legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social.
- 5- Equiparam-se aos filhos, os enteados e os menores, considerados dependentes economicamente do Segurado Principal, conforme legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social.
- 6- 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.
- 7- A inclusão dos componentes Dependentes far-se-á da seguinte forma:
 - a) Automática – quando o Seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os dependentes dos segurados definidos no item 4;
 - b) Facultativa – quando, somente por autorização do Segurado, o Seguro abranger quaisquer dos componentes dependentes definidos no item 4.
- 8- O Capital Segurado da garantia de DPA do(s) Dependente(s) será estabelecido nas Condições Particulares, sendo limitado a 100% (cem por cento) do Capital Segurado da garantia de DPA do Segurado Principal.
- 9- A comunicação feita por carta ou telegrama não exonera a obrigação de apresentar o formulário “AVISO DE SINISTRO”, preenchido e assinado pelo Segurado ou seu representante legal, e pelo médico anestesiológista (com o carimbo e o número do Conselho Regional de Medicina - C.R.M.), acompanhado da seguinte documentação:
 - a) Cópia autenticada da carteira de identidade e do cartão de inscrição no CPF do Segurado, além de cópia simples do comprovante da conta bancária e de residência do Segurado;
 - b) Laudo Médico, preenchido pelo médico assistente com informações sobre a(s) doença(s) ou lesão(ões) sofrida(s) pelo Segurado;
 - c) Folha de Anestesia fornecida pelo médico anestesiológista;
 - d) Boletim de Ocorrência Policial em caso de acidente que tenha vitimado o Segurado;
 - e) Certidão de Óbito e Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal, em caso de falecimento do Segurado;

- f) Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro.

10- O valor da indenização será estabelecido em função do Capital Segurado, na data de materialização do evento coberto, bem como do porte anestésico empregado no procedimento médico a que foi submetido o Segurado.

11- Identificado o porte anestésico, conforme documentação prevista no item 9 destas Condições Especiais, o(s) percentual(ais) constante(s) do quadro a seguir será(ão) aplicado(s) ao Capital Segurado em vigor na data do evento, para apuração do valor da indenização devida ao Segurado:

Porte Anestésico (CBHPM/10)	Percentual do Capital Segurado
Porte 0 (zero)	0% (zero por cento)
Porte 01 (um)	10% (dez por cento)
Porte 02 (dois)	15% (quinze por cento)
Porte 03 (três)	20% (vinte por cento)
Porte 04 (quatro)	30% (trinta por cento)
Porte 05 (cinco)	40% (quarenta por cento)
Porte 06 (seis)	55% (cinquenta e cinco por cento)
Porte 07 (sete)	80% (oitenta por cento)
Porte 08 (oito)	100% (cem por cento)

12- O procedimento de porte “zero” da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM/2010, por tratar-se de ato realizado com anestesia local pelo próprio médico cirurgião, dispensa os serviços de um profissional anestesiológico e, desta forma, não está coberto pelo presente Seguro.

13- Nos casos de múltiplos procedimentos a que for submetido o Segurado, em decorrência de um mesmo evento coberto, a indenização será apurada somando-se os percentuais correspondentes a cada procedimento anestésico efetuado, na forma indicada no item 9 destas Condições Especiais, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento).

14- Excepcionalmente, no caso de realização de algum exame ou ato médico em que o porte anestésico não conste da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM/2010, e sendo o mesmo realizado por anestesiológico, o valor da indenização será calculado tomando-se por base o Porte 04 (quatro).

SEGURO DE VIDA EM GRUPO
Processo de Aprovação SUSEP 10.004809/99-87

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE
DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)**

1- A garantia de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de 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, observado o disposto a seguir:

1.1- Não estão abrangidas nesta garantia as despesas decorrentes de:

- I-** estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- II-** aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- III-** tratamentos em clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar;
- IV-** medicamentos fora da internação hospitalar e não prescritos pelo médico assistente;
- V-** transplantes; e
- VI-** consultas domiciliares.

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

3- Preservada a livre escolha, a Seguradora reserva-se o direito de estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação da assistência ao Segurado.

4- A contratação desta garantia não é extensiva aos Dependentes Segurados.

5- O pagamento da indenização, respeitado o limite da importância segurada, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a)** Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo Médico Assistente e pelo Segurado;
- b)** Comprovante do pagamento do prêmio do mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro;
- c)** Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF e cópia simples do comprovante 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.

6- Possuindo o Segurado mais de um Seguro de Acidentes Pessoais, 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.

7- Após cada acidente, haverá reintegração total do capital segurado desta garantia.

SEGURO DE VIDA EM GRUPO
Processo de Aprovação SUSEP 10.004809/99-87

CONDIÇÕES ESPECIAIS
DA GARANTIA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO (AA)

1- A garantia de Auxílio Alimentação, regida por estas Condições Especiais e pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado, ao(s) beneficiário(s) do Segurado, pela morte deste, qualquer que seja a causa, durante a vigência do Seguro.

2- A contratação desta garantia não é extensiva aos Dependentes Segurados.

3- O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a) Aviso de Sinistro e Requerimento preenchidos pelo(s) beneficiário(s);
- b) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF do Segurado;
- c) Cópia autenticada da certidão de óbito;
- d) Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal ou laudo de exame cadavérico;
- e) Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado;
- f) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF, comprovante de conta bancária e de residência do(s) beneficiário(s) maior(es);
- g) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF ou da Certidão de Nascimento, e comprovante de residência do(s) beneficiário(s) menor(es);
- h) Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro.

4- A garantia de Auxílio Alimentação, nos seguros de componentes dependentes menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da MBM Seguradora S.A., por outros comprovantes satisfatórios.

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

4.2- Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

SEGURO DE VIDA EM GRUPO
Processo de Aprovação SUSEP 10.004809/99-87

CONDIÇÕES ESPECIAIS
DA GARANTIA DE RESCISÃO CONTRATUAL (RC)

1- A garantia de Rescisão Contratual, regida por estas Condições Especiais e pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir ao Estipulante o pagamento do capital segurado, pela morte do Segurado, qualquer que seja a causa, durante a vigência do Seguro, à título de reembolso das despesas com o acerto rescisório trabalhista.

2- A contratação desta garantia não é extensiva aos Dependentes Segurados.

3- O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a)** Aviso de Sinistro e Requerimento preenchidos pelo(s) beneficiário(s);
- b)** Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF do Segurado;
- c)** Cópia autenticada da certidão de óbito;
- d)** Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal ou laudo de exame cadavérico;
- e)** Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado;
- f)** Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro;
- g)** cópia autenticada do Contrato de Trabalho firmado entre o Segurado e o Estipulante;
- h)** cópia autenticada da Carteira de Trabalho atualizada; e
- i)** cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho.

4- O Beneficiário será sempre o Estipulante da Apólice, não podendo ser substituído mesmo que por solicitação do Segurado.

5- Não serão cobertos os falecimentos em decorrência de acidentes de trabalho, salvo se o Estipulante comprovar a isenção de culpabilidade direta ou indireta.

6- O valor da indenização será limitado ao Capital Segurado contratado, independentemente do valor total das verbas rescisórias em função do falecimento do Segurado.

SEGURO DE VIDA EM GRUPO
Processo de Aprovação SUSEP 10.004809/99-87

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA
GARANTIA DOENÇAS GRAVES (DG)

- 1- A garantia de Doenças Graves, regida pelas presentes Condições Especiais, pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir próprio Segurado a antecipação de parte do Capital Segurado contratado para a garantia de Morte, quando o mesmo apresentar qualquer uma das doenças graves ou procedimentos cirúrgicos relacionados e descritos no item 3.3.9c) das Condições Gerais, respeitado o prazo previsto no item 6 das Condições Gerais e as demais disposições aplicáveis, durante a vigência do Seguro.
- 2- A presente Garantia Adicional será extinta, integralmente, em caso de ocorrência de uma das seguintes situações:
 - a.1) no momento em que a Seguradora realizar o pagamento da indenização prevista pela Garantia Adicional de Doenças Graves (DG). Neste caso o Seguro continuará vigorando somente com o valor correspondente a Garantia Morte Qualquer Causa (MQC) deduzida a indenização prevista pela Garantia Adicional de Doenças Graves (DG); ou
 - a.2) quando o Segurado completar 70 (setenta) anos de idade. Neste caso o Seguro continuará vigorando somente com as garantias remanescentes.
 - b) A partir do momento em que a Garantia Adicional de Doenças Graves (DG) for extinta, o prêmio do Seguro será recalculado em função do valor do Capital Segurado das garantias remanescentes.
 - c) As doenças graves e os procedimentos cirúrgicos abrangidos por esta Garantia Adicional correspondem, exclusivamente, aos seguintes eventos:
 - c.1) Neoplasia Maligna (CÂNCER): doença provocada por tumor maligno (sarcomas, carcinomas, leucemias e similares) cujas características são o crescimento e a multiplicação incontrolada de células malignas e a invasão do tecido normal.
 - c.2) Acidente Vascular Cerebral (AVC): qualquer espécie de acidente cérebro-vascular com sequelas neurológicas e com duração superior a 24 (vinte e quatro horas), que inclui a morte do tecido cerebral decorrente de fluxo sanguíneo deficiente por hemorragia, isquemia ou embolia proveniente de uma fonte extracranial. As sequelas neurológicas deverão ser comprovadas, por intermédio de exame(s) e de atestado médico, após transcorrido o período de 90 (noventa) dias contados a partir da data do diagnóstico do AVC.
 - c.3) Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (PONTE DE SAFENA): intervenção cirúrgica, a céu aberto, para a recuperação de uma ou mais artérias coronárias, as quais encontram-se torcidas ou bloqueadas, introduzindo-se um “by-pass” artério-coronário.
 - c.4) Cirurgia de Válvulas Cardíacas e de Aorta: intervenção cirúrgica, a céu aberto, que visa recuperar ou substituir uma válvula cardíaca ou corrigir um estreitamento, dissecção ou aneurisma da Aorta. Para fins deste Seguro, Aorta se refere à Aorta torácica e abdominal, não incluindo as suas ramificações.
- 3- O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:
 - a) Formulário de Aviso de Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado;
 - b) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;

- c) **Certificado de Seguro;**
 - d) **Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;**
 - e) **Cópia do comprovante de residência do Segurado;**
 - f) **Nos casos de Neoplasia Maligna (CÂNCER): laudo(s) médico(s) e exames complementares que confirmem o diagnóstico da doença;**
 - g) **Nos casos de Acidente Vascular Cerebral (AVC): laudo(s) médico(s) e exames complementares que confirmem o diagnóstico da doença, e, 90 (NOVENTA) DIAS contados a partir da data do diagnóstico do AVC, laudo ou atestado médico que relate as sequelas neurológicas, se existentes.**
 - h) **Nos casos de Cirurgia de Revascularização do Miocárdio (PONTE DE SAFENA) e Cirurgia de Válvulas Cardíacas e Aorta: folha de descrição cirúrgica e folha de sala de cirurgia que comprovem a intervenção cirúrgica.**
- 4- A garantia adicional de Doenças Graves (DG), quando contratada, estará sujeita à carência de 90 (noventa) dias, contados a partir do início de vigência da cobertura individual..
- 5- A Garantia Adicional de Doenças Graves (DG) será extinta, automaticamente, caso o Segurado receba a indenização correspondente ou quando o mesmo completar 70 (setenta) anos de idade.

SEGURO DE VIDA EM GRUPO
Processo de Aprovação SUSEP 10.004809/99-87

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA
GARANTIA DOENÇAS CONGÊNITAS DOS FILHOS (DCF)

1- A garantia de Doenças Congênitas dos Filhos, regida pelas presentes Condições Especiais, pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir o pagamento do Capital Segurado ao Segurado, em razão do nascimento de filho legítimo, com vida, portador de doença congênita, desde que diagnosticada e comprovada até o 6º (sexto) mês posterior ao nascimento.

2- Para fins deste Seguro, serão consideradas como doenças congênitas as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por más formações anatômicas, presentes no nascimento, diagnosticadas e comprovadas como congênitas, por uma declaração de médico especialista, sejam quais forem as suas causas.

- a) A doença congênita deve ser comprovada por documentação médica pertinente até o 6º (sexto) mês após o dia do nascimento do filho, devendo, ainda, ser reconhecida pela Seguradora.
- b) Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatado a doença para ambos os filhos, o Capital Segurado a ser indenizado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.
- c) O Segurado Principal compromete-se a submeter o filho à perícia médica, caso seja necessário e desde que requerido pela Seguradora.

3- O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a) **Formulário de Aviso do Sinistro (a ser fornecido pela Seguradora), devendo o mesmo ser obrigatoriamente preenchido e assinado pelo Segurado.**
- b) **Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;**
- c) **Cópia autenticada da Certidão de Nascimento dos filhos com doenças congênitas;**
- d) **Declaração médica informando qual a doença congênita apresentada pela criança, contendo informações mínimas que permita avaliar o grau de manifestação da doença, tais como: segmentos, órgãos e funções afetadas, tratamento proposto e prognóstico;**
- e) **Documentos médicos e exames que tenha embasado o diagnóstico da doença;**
- f) **Relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;**
- g) **Cópia do teste do pezinho;**
- h) **Cópia comprovante de residência do Segurado;**
- i) **Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;**
- j) **Cópia do último contracheque ou comprovante dos 3 (três) últimos pagamentos do seguro; e**
- k) **Certificado do Seguro.**

SEGURO DE VIDA EM GRUPO
Processo de Aprovação SUSEP 10.004809/99-87

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA
GARANTIA INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA
(ILPD)

1- A garantia de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (ILPD), regida pelas presentes Condições Especiais, pelas Condições Gerais e Contratuais da Apólice, expressamente convencionadas, tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização ao próprio Segurado, em caso de Invalidez Permanente e Total, para o exercício de sua atividade laborativa principal. Considerada como tal aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento da sua constatação, causada por doença, desde que a doença que determinou a incapacidade não tenha sido contraída antes da data de contratação do Seguro.

2- O pagamento da indenização, respeitado o limite do capital segurado, dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a) Formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado;
- b) Resultados de todos os exames realizados e boletins médicos do Segurado (original), bem como declaração médica 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 disfunção e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do exercício da atividade laborativa;
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
- d) Documentos de concessão de aposentadoria e/ou publicação no Diário Oficial;
- e) Formulário de autorização de pagamentos com os dados bancários do Segurado;
- f) Cópia do comprovante de residência do Segurado;
- g) Certificado de seguro; e
- h) Extrato contendo a informação sobre o saldo devedor no mês da ocorrência do sinistro.

3- Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

4- Não podem configurar como Segurados para fins desta cobertura, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.

5- A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhada, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente de que tratam esta garantia.

SEGURO DE VIDA EM GRUPO
Processo de Aprovação SUSEP 10.004809/99-87

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DE INCLUSÃO NA APÓLICE
DE COMPONENTES DEPENDENTES**

- 1- Estas Condições Especiais em conjunto com as Condições Gerais e com as Condições Contratuais, expressamente convencionadas, da Apólice do Seguro de Vida em Grupo, têm por objetivo regular a inclusão automática ou facultativa dos dependentes do Segurado Principal.
- 2- 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.
- 3- Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes economicamente do Segurado Principal.
- 4- 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.
- 5- A inclusão dos componentes Dependentes far-se-á da seguinte forma:
 - a) Automática – quando o Seguro abranger exclusiva e compulsoriamente todos os dependentes dos segurados definidos no item 2;
 - b) Facultativa – quando, somente por autorização do Segurado, o Seguro abranger quaisquer dos componentes dependentes definidos no item 2.
- 6- A inclusão dos componentes Dependentes seguráveis é feita por adesão à este Seguro, podendo ser exigido para análise de aceitação, o preenchimento de Proposta de Adesão, bem como declaração pessoal ou prova de saúde.
- 7- Quando ambos os cônjuges forem segurados pela Apólice e tiverem dependentes comuns, estes somente podem ser incluídos uma única vez considerando-se como dependentes daquele de maior capital segurado.
- 8- O capital segurado da garantia básica do Dependente será estabelecido nas Condições Contratuais limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado da garantia básica do Segurado Principal.
- 9- **Para os filhos, a garantia destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:**
 - 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;
 - c) a indenização não poderá ultrapassar a importância segurada da garantia básica do Segurado Principal.
- 10- **A indenização por morte devida por esta Cláusula será paga ao Segurado Principal, mediante a apresentação dos seguintes documentos:**
 - a) Aviso de Sinistro e Requerimento preenchido pelo Segurado;
 - b) Cópia autenticada da cédula de identidade, do CPF e cópia simples do comprovante da conta bancária do Segurado;

- c) Cópia autenticada da certidão de óbito do Segurado Dependente;
- d) Relação com o(s) nome(s) e endereço(s) do(s) médico(s) assistente(s) e hospital(is) em que esteve internado o Segurado Dependente, quando o tempo decorrido entre a contratação e o sinistro for inferior a dois anos;
- e) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF, comprovante de residência do Segurado Dependente;
- 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;
- 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;
- h) Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro;
- i) Cópia atualizada da certidão de casamento ou declaração de união estável reconhecida judicialmente, quando tratar-se de óbito do cônjuge.

11- O pagamento da indenização da garantia de invalidez por acidente dependerá da apresentação dos seguintes documentos:

- a) Aviso de Sinistro preenchido pelo Segurado Dependente ou pelo seu representante legal;
- b) Cópia autenticada da cédula de identidade, do CPF e cópia simples do comprovante da conta bancária do Segurado Dependente;
- c) Formulário de IPA (Invalidez Permanente por Acidente), preenchido pelo Segurado Dependente ou seu representante legal e Médico Assistente;
- d) Laudo médico ou da Previdência Social que ateste a invalidez permanente do Segurado Dependente;
- e) Boletim de ocorrência policial sobre o acidente que tenha vitimado o Segurado Dependente;
- f) Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro; e
- g) Cópia atualizada da certidão de casamento ou declaração de união estável reconhecida judicialmente.

12- A cobertura de cada Segurado Dependente cessa nos seguintes casos:

- a) Com o cancelamento desta Cláusula Especial;
- b) Com o cancelamento da Apólice;
- c) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante nos planos coletivos;
- d) Quando o Segurado solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com a sua parte no prêmio;
- e) Com o pagamento da indenização da garantia de Morte do Segurado Principal;
- f) No momento em que cessar a condição de dependente; e
- g) A pedido do Segurado principal na hipótese de inclusão facultativa do segurado dependente;

- h) com a inclusão do Segurado Dependente no Grupo Segurado na condição de Segurado Principal.

SEGURO DE VIDA EM GRUPO
Processo de Aprovação SUSEP 10.004809/99-87

**CONDIÇÕES ESPECIAIS DE INCLUSÃO NA APÓLICE
DE ASCENDENTES**

1- Estas Condições Especiais em conjunto com as Condições Gerais e com as Condições Contratuais da Apólice, expressamente convencionadas, têm por objetivo regular a inclusão automática ou facultativa do(s) ascendente(s) do Segurado Principal.

2- Serão admitidos no Seguro como Ascendente do Segurado, o pai e/ou a mãe, desde que estejam em perfeitas condições de saúde e tenham idade inferior a 75 (setenta e cinco) anos completos na data da inclusão no Seguro.

3- A inclusão dos Ascendentes seguráveis é feita por adesão ao Seguro, podendo ser exigido para análise de aceitação, o preenchimento de Proposta de Adesão, bem como declaração pessoal ou prova de saúde.

4- O capital segurado da garantia básica do Ascendente será estabelecido nas Condições Contratuais, limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado da garantia básica do Segurado Principal.

5- A indenização por morte devida por esta Cláusula será paga ao Segurado Principal, mediante a apresentação dos seguintes documentos:

- a) Aviso de Sinistro e Requerimento preenchido pelo Segurado;
- b) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF e cópia simples do comprovante da conta bancária do Segurado;
- c) Cópia autenticada da certidão de óbito do Ascendente;
- d) Relação com o(s) nome(s) e endereço(s) do(s) médico(s) assistente(s) e hospital(is) em que esteve internado o Ascendente, quando o tempo decorrido entre a contratação e o sinistro for inferior a dois anos;
- e) Cópia autenticada da cédula de identidade e do CPF do Ascendente;
- f) Comprovante de residência do Ascendente;
- g) Comprovante do pagamento do prêmio relativo ao mês imediatamente anterior ao da ocorrência do sinistro.

6- A cobertura do Ascendente cessa nos seguintes casos:

- a) Com o cancelamento desta Cláusula Especial;
- b) Com o cancelamento da Apólice;
- c) Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado Principal e o Estipulante;
- d) Quando o Segurado Principal solicitar sua exclusão da Apólice ou quando deixar de contribuir com a sua parte no prêmio;

- e) Com o pagamento da indenização da garantia de Morte do Segurado Principal;
- f) A pedido do Segurado Principal.