

Prezado Segurado,

Você acaba de contratar o Yasuda Vida Super Simples, um seguro que oferece proteção e segurança para seus funcionários e sua empresa.

Como produto da **Yasuda Seguros S.A.**, você conta com a garantia de uma empresa que atua no mercado brasileiro desde 1959 e também com o suporte de sua matriz no Japão, a Sompo Japan Insurance Inc., que possui mais de um século de experiência, situando-se entre as maiores Seguradoras do mundo.

A marca Yasuda hoje é reconhecida internacionalmente por sua qualidade e solidez, pois carrega uma tradição secular de bom atendimento e respeito aos seus clientes.

PARA
SIMPLES
CONSULTA

CANAIS DE ATENDIMENTO YASUDA SEGUROS

Central de Atendimento

Capitais e Regiões Metropolitanas – 3004 7050

Demais Localidades – 0800 77 50 700

Deficientes Auditivos - 08000 16 10 60

SAC (Informações, Cancelamentos e Reclamações) - 0800 77 60 700

Ouvidoria Yasuda - 0800 777 0102 | ouvidoria@yasuda.com.br

A ouvidoria da Yasuda Seguros é um canal de atendimento independente, com o objetivo de analisar situações já registradas em nossa Central de Atendimento com resposta considerada insatisfatória.

Direcionado a segurados, terceiros e corretores, é possível registrar sugestões, críticas ou reclamações através desse canal.

Após análise, o retorno será dado em um prazo de até 15 dias a contar da data do recebimento da manifestação.



CONDIÇÕES GERAIS

1. Objetivo do Seguro

1.1 Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento do capital segurado, até o limite contratado, ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), de acordo com as coberturas contratadas pelo estipulante, respeitadas todas as cláusulas contratuais do seguro.

2. Definições

Para efeito destas Condições Gerais, considera-se:

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

2.1.1 incluem-se nesse conceito:

- a) o suicídio, ou a sua tentativa, desde que não ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

2.1.2 **excluem-se desse conceito:**

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



Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
d) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 2.1.**

2.2 **Apólice:** documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante.

2.3 **Beneficiário:** pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.4 **Capital segurado:** valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela seguradora, no caso de ocorrência de sinistro.

2.5 **Certificado individual:** documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio. Contém a identificação do segurado, as coberturas contratadas, os valores dos capitais segurados de cada cobertura, prêmio e a data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado.

2.6 **Condições Contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação do seguro, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

2.7 **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.

2.8 **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

2.9 **Contrato:** instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, entre as quais as particularidades operacionais, e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados, e dos beneficiários, de forma complementar às condições gerais e às condições especiais.

2.10 **Corretor de Seguros:** intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguro entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado.



2.11 **Endosso:** documento, emitido pela seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o estipulante.

2.12 **Estipulante:** pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo, se vincule, 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-averbador quando não participar do custeio. O estipulante não representa a seguradora perante o grupo segurado, e é o único responsável, para com a seguradora, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

2.13 **Excedente técnico:** saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

2.14 **Grupo segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

2.15 **Grupo segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

2.16 **Indenização:** o valor a ser pago ou reembolsado pela seguradora em caso de ocorrência de sinistro, limitado ao capital segurado da garantia contratada.

2.17 **Índice para atualização de valores:** é o índice utilizado para atualização monetária das obrigações pecuniárias contratuais, a partir da data em que se tornarem exigíveis. Neste plano de seguro, o índice estabelecido é o Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (IPC/FIPE). No caso de sua extinção, deverá ser utilizado o Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE), ou outro índice que vier a substituí-lo.

2.18 **Período de cobertura:** aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

2.19 **Prazo de carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

2.20 **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

2.21 **Proponente:** o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou em aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.



2.22 Proposta de adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, seu representante legal ou corretor de seguros, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.23 Proposta de contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, estipulante pessoa física ou jurídica, seu representante legal ou corretor de seguros, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.24 Regime financeiro: estrutura financeira do seguro que determina se os capitais segurados são pagáveis de uma única vez e/ou sob a forma de renda.

2.25 Riscos excluídos: são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, especiais e/ou no contrato, que não serão cobertos pelo plano de seguro.

2.26 Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá à avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

2.26.1 Segurado Principal: pessoa física que mantém vínculo com o estipulante e é representada por este, nos termos da legislação e regulação em vigor, sobre a qual se estabelecerá o seguro.

2.26.2 Segurado Dependente: cônjuge/companheiro(a) e filhos dependentes do segurado principal, considerados conforme a regulamentação da previdência social e/ou do imposto de renda, sobre os quais se estabelecerá o seguro.

2.27 Seguradora: Yasuda Seguros S.A., empresa autorizada pela Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) a funcionar no Brasil e que, mediante o recebimento do prêmio, assume os riscos descritos no contrato de seguro.

2.28 Sinistro: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do seguro.

2.29 Vigência: período pelo qual está contratada a cobertura do seguro.

3. Garantias do Seguro

As coberturas do seguro dividem-se em básica, de contratação obrigatória, e adicionais, de contratação opcional, além de cláusulas suplementares, de contratação opcional.

3.1 Cobertura Básica de Morte:

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do segurado, por causa natural ou acidental, devidamente coberta e respeitadas todas as cláusulas contratuais do seguro.



3.2 Coberturas adicionais:

Este seguro pode contemplar, opcionalmente, as seguintes coberturas adicionais, obedecidas as conjugações permitidas, que serão especificadas em condições especiais, no contrato e no certificado, **se contratadas**:

- a) Cobertura Adicional de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA);
- b) Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- c) Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG);
- d) Cobertura Adicional de Doença em Fase Terminal (DT);
- e) Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD);
- f) Cobertura Adicional de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença (ILPD);
- g) Cobertura Adicional de Doença Congênita de Filhos (DCF);
- h) Cobertura Adicional de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DIT);
- i) Cobertura Adicional de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas decorrentes de Acidente (DMHO);
- j) Cobertura Adicional de Indenização, Reembolso ou Assistência Funeral;
- k) Cobertura Adicional de Auxílio Funeral;
- l) Cobertura Adicional de Auxílio Cesta Básica (CB);
- m) Cobertura Adicional de Rescisão Trabalhista (RT).

3.3 Cláusulas suplementares:

Este seguro pode contemplar, opcionalmente, as seguintes cláusulas adicionais, que serão especificadas em condições especiais, no contrato e no certificado, **se contratadas**:

- a) Inclusão de Cônjuge (IC);
- b) Inclusão de Filhos (IF);
- c) Reversão de Excedente Técnico.

3.4 No caso de menores de 14 (quatorze) anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, mediante apresentação de comprovantes, incluindo despesas com traslado. Não estarão cobertas despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.

4. Riscos Excluídos

4.1 Estão excluídos de todas as coberturas do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, fissão ou fusão nuclear, radiação nuclear, lixo nuclear decorrente do uso de combustível nuclear, explosivos nucleares ou qualquer arma nuclear, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças, acidentes ou lesões preexistentes à contratação do seguro, definidas como de conhecimento do segurador e não declaradas na proposta de adesão individual;
- d) epidemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- e) suicídio, ou da sua tentativa, ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro;
- f) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurador, pelo beneficiário, por sócios controladores, dirigentes e administradores do estipulante pessoa jurídica ou pelos respectivos representantes.

4.2 Observadas as coberturas contratadas, estão também excluídos os seguintes riscos e suas consequências, decorrentes de acidente pessoal:

- a) ocorrido em consequência de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- b) ocorrido em consequência de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurador, de atos ilícitos ou contrários à lei, exceto quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. Âmbito Geográfico das Coberturas do Seguro

5.1 As coberturas do seguro abrangem eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. Contratação

6.1 A contratação do seguro será efetivada por meio de preenchimento de proposta de contratação, datada e assinada pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros.



6.1.1 A seguradora obrigatoriamente fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.

6.2 A proposta de contratação conterá os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, com a expressa intenção de o proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, contratar uma cobertura (ou coberturas), além da manifestação de seu pleno conhecimento das condições contratuais do seguro.

6.3 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

6.4 A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta de contratação, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

6.4.1 No caso de solicitação de documentos complementares, este prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

6.4.2 A solicitação de documentos complementares poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias.

6.5 Em caso de não aceitação da proposta de contratação, a seguradora procederá à comunicação formal ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, com a justificativa da recusa.

6.6 Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial de prêmio, tal valor será restituído ao proponente, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a partir do momento da formalização da recusa. Após este prazo, o valor será atualizado monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 2.17, a partir da data da formalização da recusa.

6.6.1 Neste caso, o proponente terá a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

6.7 A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, nos prazos previstos no item 6.4, caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.

6.8 A contratação será celebrada mediante contrato, que definirá as particularidades operacionais e as obrigações da seguradora e do estipulante, em especial no que se refere às relações com os segurados e beneficiários.



6.9 No caso de a proposta ser aceita pela seguradora, a apólice será emitida e enviada ao estipulante.

7. Aceitação e Inclusão

7.1 A adesão à apólice do seguro pelos proponentes será efetivada por meio de preenchimento de proposta de adesão, datada e assinada pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros.

7.1.1 A seguradora obrigatoriamente fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.

7.2 A proposta de contratação conterá cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais do seguro.

7.3 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

7.4 A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta de adesão, contados a partir da data de seu recebimento, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

7.4.1 No caso de solicitação de documentos complementares, este prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

7.4.2 A solicitação de documentos complementares poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo de 15 (quinze) dias.

7.5 Em caso de não aceitação da proposta de adesão, a seguradora procederá à comunicação formal ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, com a justificativa da recusa.

7.6 Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento total ou parcial de prêmio, tal valor será restituído ao proponente, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos a partir do momento da formalização da recusa. Após este prazo, o valor será atualizado monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 2.17, a partir da data da formalização da recusa.

7.6.1 Neste caso, o proponente terá a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.



7.7 A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, nos prazos previstos no item 7.4, caracterizará a aceitação tácita da proposta de adesão.

7.8 A inclusão de cada proponente dar-se-á com a aceitação pela seguradora da respectiva proposta de adesão e consequente adesão ao contrato.

7.9 No caso de a proposta ser aceita pela seguradora, será emitido e enviado certificado individual aos segurados, para confirmação da adesão, no início do seguro e em cada uma das renovações subsequentes.

7.9.1 O certificado individual conterá os seguintes elementos mínimos:

- a) identificação do segurado principal;
- b) data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes;
- c) capital segurado de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes; e
- d) prêmio.

8. Vigência e Renovação da Apólice

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

8.2 O início de vigência do seguro será a data de aceitação da proposta pela seguradora ou outra data, estabelecida nas condições contratuais expressamente acordadas, no caso de a proposta ter sido recebida sem pagamento de prêmio.

8.3 O início de vigência do seguro será a partir da data de recebimento da proposta pela seguradora, no caso de a proposta ter sido recebida com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

8.4 Salvo especificação distinta pactuada nas condições contratuais, o período de vigência da apólice é de 1 (um) ano, tendo seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas para tal fim na apólice.

8.5 A apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez, e por igual período, salvo se o estipulante ou a seguradora comunicarem o desinteresse na continuidade do seguro, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

8.6 As renovações para os demais períodos de vigência serão realizadas de forma expressa e poderão ser feitas pelo estipulante, desde que não impliquem em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou redução de seus direitos.



8.7 Na renovação, qualquer alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

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

9. Vigência do Certificado Individual

9.1 O início de vigência do certificado individual será a data de aceitação da proposta pela seguradora ou outra data, estabelecida nas condições contratuais expressamente acordadas, no caso de a proposta ter sido recebida sem pagamento de prêmio.

9.2 O início de vigência do certificado individual será a partir da data de recebimento da proposta pela seguradora, no caso de a proposta ter sido recebida com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.

9.3 A vigência da cobertura individual tem seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas para tal fim no certificado individual.

9.4 O final de vigência especificado no certificado individual não ultrapassará, em qualquer hipótese, o final de vigência da apólice.

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

10. Custeio do Seguro

10.1 O custeio do seguro, definido no contrato, será:

10.1.1 Contributário: quando houver participação, total ou parcial, dos segurados no pagamento dos prêmios individuais.

10.1.2 Não contributário: quando os prêmios individuais dos segurados forem pagos totalmente pelo estipulante.

11. Capital Segurado



11.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na cobertura Básica de Morte, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

11.2 Para efeito de determinação do capital segurado, nas coberturas adicionais, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data definida na respectiva condição especial.

11.3 Os capitais segurados são definidos de acordo com as condições contratadas pelo estipulante.

11.4 Para cada grupo segurado pode haver uma ou mais classes de capitais segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos, determinados nas condições contratuais.

12. Alteração do Capital Segurado

12.1 Os capitais de cada segurado poderão ser alterados mediante solicitação expressa do estipulante, seu representante legal ou corretor de seguros.

12.2 A aceitação das alterações de capitais segurados estará sujeita à análise do risco.

12.3 O contrato poderá estabelecer ainda a adoção de cláusula de recálculo do capital segurado, segundo fatores objetivos, devidamente expressos.

12.3.1 A cláusula de recálculo estabelecerá, de forma objetiva, a periodicidade utilizada para o recálculo dos valores, prevendo a adequação dos valores do capital segurado, assim como os respectivos prêmios, aos novos valores decorrentes dos fatores objetivos pactuados, em consonância com o seguro contratado.

12.4 Qualquer alteração da apólice em vigor que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

12.5 No caso de algum capital segurado individual ultrapassar o limite originalmente estabelecido na apólice, o endosso de alteração será emitido e enviado ao estipulante.

12.6 No caso de a alteração ser aceita pela seguradora, será emitido e enviado certificado individual ao segurado, para confirmação da alteração.

13. Beneficiários



13.1 São as pessoas físicas ou jurídicas designadas pelo segurado para receber o valor do capital segurado, nas coberturas Básica de Morte e nas adicionais de Indenização Especial por Morte Acidental, Auxílio Funeral e Auxílio Cesta Básica, na hipótese de ocorrência da morte do segurado.

13.2 Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária do seguro se comprovado o legítimo interesse para a mesma figurar nessa condição.

13.3 No caso de rescisão trabalhista ocorrida entre o estipulante e o segurado principal, pela morte deste, o beneficiário da cobertura de Rescisão Trabalhista será sempre o estipulante, até o limite do capital contratado, na data do sinistro.

13.4 Na cobertura adicional de Indenização, Reembolso ou Assistência Funeral o(s) beneficiário(s) será(ão):

- a) Na forma de indenização, a(s) pessoa(s) designada(s) pelo segurado;
- b) Na forma de reembolso, aquele(s) que custeou(aram) o funeral do segurado, até o valor do capital contratado.

13.5 No caso da morte de segurados dependentes e doença congênita de filhos, o beneficiário será o próprio segurado principal.

13.6 Para as demais coberturas, o beneficiário será o próprio segurado sinistrado.

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

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

13.9 Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, mediante comunicação expressa à seguradora.

13.9.1 Se a seguradora não for cientificada oportunamente da substituição, antes do pagamento da indenização, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

13.10 Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

14. Pagamento de Prêmio



14.1 É obrigação do estipulante, independente da forma de custeio do seguro, recolher e repassar o prêmio de todos os segurados à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente.

14.2 É expressamente vedado ao estipulante o recolhimento, a título de prêmio de seguro, de qualquer valor que exceda o calculado pela seguradora, destinado ao custeio do seguro.

14.3 Quando junto com o prêmio o estipulante recolher do segurado outros valores, a qualquer título, é obrigatório destacá-los no documento utilizado na cobrança do valor do prêmio do seguro.

14.4 A periodicidade de custeio do prêmio do seguro será mensal, salvo especificação distinta pactuada no contrato.

14.5 Custeio Mensal:

14.5.1 Na forma de custeio mensal do seguro não haverá fracionamento do prêmio.

14.5.2 O pagamento do prêmio mensal será feito à seguradora por intermédio da rede bancária, cartão de crédito ou outras formas admitidas em lei, conforme disposto nas condições contratuais.

14.5.3 No caso de seguro com custeio contributivo, a cobrança do prêmio mensal será efetuada por meio de documento emitido pela seguradora e enviado diretamente ao segurado, seu representante legal ou corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis em relação à data do respectivo vencimento.

14.5.4 A data limite para o pagamento do prêmio mensal estará expressa no documento de cobrança emitido pela seguradora.

14.5.4.1 Se a data limite para o pagamento do prêmio mensal coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.

14.5.5 O não pagamento do prêmio até a data limite estabelecida no item 14.5.4 não acarretará a suspensão imediata do seguro, havendo tolerância de até 90 (noventa) dias a partir dessa data para regularização do pagamento.

14.5.6 Durante o período de inadimplência, contado a partir da data limite estabelecida no item 14.5.4, e limitado a 90 (noventa) dias, o estipulante (ou seu representante legal ou corretor de seguros), será expressamente notificado para regularização do pagamento.

14.5.7 Ao prêmio pago em atraso serão acrescidos juros de mora de 0,5% ao mês e atualização monetária, considerando o índice para atualização de valores



previsto no item 2.17, calculados com base no período compreendido entre a data limite para pagamento e a data do efetivo pagamento.

14.6 Custeio com periodicidade superior a um mês:

14.6.1 Na forma de custeio do seguro com periodicidade superior a um mês, o prêmio poderá ser fracionado, sem valor adicional de custo administrativo de fracionamento, somente de juros pactuados.

14.6.2 No seguro com prêmio fracionado, a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

14.6.3 A data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas estará expressa no documento de cobrança emitido pela seguradora.

14.6.3.1 Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente em que houver expediente bancário.

14.6.4 A falta de pagamento da 1ª (primeira) parcela implicará o cancelamento imediato do seguro.

14.6.5 Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à 1ª (primeira), o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de prazo curto especificada a seguir:

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original	Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
13	15/365	20	30/365
27	45/365	30	60/365
37	75/365	40	90/365
46	105/365	50	120/365
56	135/365	60	150/365
66	165/365	70	180/365
73	195/365	75	210/365
78	225/365	80	240/365
83	255/365	85	270/365
88	285/365	90	300/365
93	315/365	95	330/365
98	345/365	100	365/365



14.6.5.1 Para percentuais não previstos na tabela do item 14.6.5, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

14.6.6 A seguradora informará ao segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do item 14.6.5.

14.6.7 Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido no item 14.6.5, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

14.6.8 Ao prêmio pago em atraso serão acrescidos juros de mora de 0,5% ao mês e atualização monetária, considerando o índice para atualização de valores previsto no item 2.17, calculados com base no período compreendido entre a data limite para pagamento e a data do efetivo pagamento.

15. Atualização Monetária de Capitais Segurados e de Prêmios

15.1 Nos seguros contratados com vigência igual ou inferior a 1 (um) ano, não haverá atualização monetária de valores de capitais segurados e de prêmios. Entretanto, se o seguro com vigência anual for renovado automaticamente, tais valores serão monetariamente atualizados, com base no índice para atualização de valores previsto no item 2.17.

15.2 Nos seguros contratados com vigência superior a 1 (um) ano, haverá atualização monetária anual dos valores de capitais segurados e de prêmios, na data de aniversário da contratação, com base no índice para atualização de valores previsto no item 2.17.

15.2.1 Quando a periodicidade do pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados, pagáveis por morte ou invalidez, deverão ser atualizados monetariamente pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

15.3 Quando houver pagamento de prêmio único, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

15.4 As atualizações de capitais segurados e de prêmios se aplicarão a todos os segurados, inclusive os aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de atualização adotado para os segurados ativos.

16. Reavaliação e reajuste de Taxas e Prêmios



16.1 Na renovação do seguro ou na data de aniversário da contratação do seguro, as taxas serão reavaliadas em função das idades dos segurados ou da idade média atuarial e da sinistralidade do grupo segurado, podendo ser aplicado reajuste das taxas e prêmios para todo o grupo segurado.

16.2 A comunicação, pela seguradora, do eventual reajuste de taxas e prêmios do seguro será realizada de forma expressa ao estipulante, seu representante legal ou ao corretor de seguros.

16.3 Qualquer alteração de taxas de seguro que implique em ônus aos segurados dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

17. Carência

17.1 Neste seguro poderão ser aplicadas carências, durante as quais, em caso de sinistro, a seguradora fica isenta da responsabilidade de indenização.

17.2 As carências deverão ser fixadas na proposta de contratação, no contrato do seguro e na proposta de adesão.

17.3 O limite máximo que o seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de 2 (dois) anos, contado a partir do início de vigência da cobertura individual. Entretanto, o prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo certificado de seguro.

17.4 Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro.

17.5 No caso de transferência de grupo segurado de outra seguradora, não será iniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

18. Cessação da cobertura individual

18.1 A cobertura de cada segurado cessará:

- a) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio pago;
- b) Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, ou, nos seguros contratados por pessoas jurídicas, de os sócios controladores,

dirigentes e administradores legais, beneficiários ou respectivos representantes, agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, quando dar-se-á automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

18.2 Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura do segurado principal cessará, ainda:

- a) **Com a morte do segurado;**
- b) **Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado principal e o estipulante;**
- c) **Quando o segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.**

18.3 Além das situações mencionadas anteriormente, a cobertura de cada segurado dependente cessará:

- a) **Se for cancelada a respectiva cláusula suplementar;**
- b) **Com o cancelamento do seguro do segurado principal;**
- c) **Com a morte do segurado principal;**
- d) **No caso de cessação da condição de dependente;**
- e) **A pedido do segurado principal, na hipótese de inclusão facultativa do segurado dependente.**

18.4 Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 2.17.

19. Perda de Direitos

19.1 A seguradora não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja, por parte do segurado, seus prepostos, beneficiários, representantes legais ou corretor de seguros:

- a) **agravamento intencional do risco, por parte do segurado;**
- b) **declarações inexatas ou omissão de circunstâncias que possam influir ou ter influído na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando ainda o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.**

19.2 Se a inexatidão ou omissão nas declarações a que se refere a letra b) do item 19.1 não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I - na hipótese de não ocorrência de 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.**

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

- a) **cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou**
- b) **mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.**

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

19.3 O segurado está obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

19.3.1 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.

19.3.2 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.

20. Alteração contratual

20.1 Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do estipulante ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

20.2 Qualquer modificação da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

20.3 Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante.



21. Cancelamento do Seguro

21.1 Na forma de custeio mensal do seguro, decorridos 90 (noventa) dias contados da data limite estabelecida no item 14.5.4, sem que o prêmio tenha sido pago, o seguro será cancelado, sem restituição de prêmios anteriores já pagos, e sem prejuízo à cobrança de prêmios vencidos, relativos a períodos em que houve a cobertura.

21.1.1 No caso de haver parcelas em atraso intercaladas com parcelas pagas, será considerada a 1ª (primeira) parcela em atraso para fins de determinação do período de inadimplência a que se refere o item 14.5.6, independente de parcelas posteriores pagas.

21.2 Na forma de custeio do seguro com periodicidade superior a um mês, findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no item 14.6.5, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

21.2.1 No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto especificada no item 14.6.5 não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, também dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

21.3 O seguro será cancelado mediante acordo entre a seguradora e o estipulante, devendo haver anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

21.4 No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

21.4.1 Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no item 14.6.5.

22. Liquidação de Sinistros

22.1 Na ocorrência de sinistro que possa acarretar responsabilidade à seguradora, esta deverá ser comunicada pelo estipulante ou pelo segurado, seu representante ou beneficiários, através do formulário próprio de aviso de sinistro, ou, na falta deste, através de carta, fac-símile ("fax"), telegrama ou correio eletrônico ("e-mail"), porém não desobrigando o segurado, seu representante ou beneficiários a apresentar(em) posteriormente o formulário próprio de aviso de sinistro preenchido.



22.2 Para a análise do sinistro, a seguradora solicitará documentos básicos de acordo com a natureza do sinistro e as coberturas contratadas.

22.3 Para a Cobertura Básica de Morte, os documentos básicos necessários são:

22.3.1 Em caso de morte do segurado por causa natural:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
- c) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado;
- d) Cópia da Certidão de Casamento do segurado, atualizada com a averbação do óbito (se casado);
- e) Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado;
- f) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado principal;
- g) Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do segurado principal;
- h) Cópia do holerite mais atual do segurado principal, quando o capital segurado for definido em função do salário;
- i) Todos os laudos e exames realizados desde a data de diagnóstico da doença até a data do óbito;
- j) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

22.3.2 Em caso de morte do segurado por causa acidental, adicionalmente aos documentos relacionados no item 22.3.1, excetuando o documento i):

- a) Cópia do laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado sinistrado;
- b) Cópia do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir);
- c) Cópia do laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- d) Cópia do termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir);
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial;
- f) Cópia do Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver);
- g) Cópia do Laudo de Perícia Técnica (se houver);
- h) Cópia da CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente).

22.4 Para todos os beneficiários do segurado na Cobertura Básica de Morte, os documentos básicos necessários são:

- a) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;
- b) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;



c) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica;

d) Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica.

22.4.1 Se o beneficiário for cônjuge do segurado, o documento básico adicional é:

a) Cópia da Certidão de Casamento do segurado, atualizada com as averbações.

22.4.2 Se o beneficiário for companheiro(a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:

b) Cópia da anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou cópia do comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou cópia da declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado;

c) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes.

22.4.3 Se o beneficiário for filho do segurado, os documentos básicos adicionais são:

a) Cópia da Certidão de Nascimento;

b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se não houver documento de indicação de beneficiários).

22.4.4 Se o beneficiário for pai ou mãe do segurado, o documento básico adicional é:

a) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se o segurado for solteiro e não houver documento de indicação de beneficiários).

22.5 O pagamento de qualquer capital segurado ou de indenização decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias após a entrega de todos os documentos básicos relacionados.

22.6 Após o prazo previsto no item 22.5, os valores serão atualizados pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 2.17, a partir da data de sua exigibilidade, e acrescidos de juros moratórios de 0,5% ao mês, a partir do último dia previsto para o pagamento.

22.6.1 A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.



22.7 O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito, independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

22.8 Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles mencionados, inclusive informações e esclarecimentos complementares e, neste caso, o prazo previsto de 30 (trinta) dias previsto no item 22.5 será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente à data do recebimento pela seguradora da documentação complementar.

22.9 Eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistro que envolva reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da seguradora.

23. Regime Financeiro

23.1 Este seguro está estruturado em regime financeiro de repartição simples, no qual todos os prêmios pagos pelos segurados de um mesmo plano, em um determinado período, destinam-se ao custeio das despesas de administração e das indenizações a serem pagas no próprio período. Dessa forma, as coberturas deste seguro não dão direito a devolução ou resgate de quaisquer prêmios pagos ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, inclusive em caso de suicídio do segurado ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro.

24. Material de Divulgação

24.1 **As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e especiais e a nota técnica atuarial deste seguro, submetidas à SUSEP.**

25. Disposições Gerais

25.1 Os tributos relativos a este seguro serão pagos por quem a lei determinar.

25.2 **Qualquer direito do segurado ou do(s) beneficiário(s), com fundamento neste seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela lei.**

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. Foro

26.1 Fica eleito o foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para processamento de quaisquer questões judiciais entre o segurado ou beneficiário e a seguradora.

26.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (IEA)

1. Riscos Cobertos

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do segurado exclusivamente por acidente pessoal, sem prejuízo do pagamento do capital segurado contratado para a Cobertura Básica de Morte, e observadas as demais condições contratuais.

2. Definições

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se para acidente pessoal a definição dada no item 2.1 das Condições Gerais.

3. Riscos Excluídos

3.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídos da Cobertura Adicional de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA):

- a) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
- b) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;



c) **moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.**

4. Capital Segurado

4.1 O capital segurado desta cobertura é proporcional ao capital segurado da Cobertura Básica de Morte e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

4.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

5. Liquidação de Sinistros

5.1 Para a Cobertura Adicional de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
- c) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado;
- d) Cópia da Certidão de Casamento do segurado, atualizada com a averbação do óbito (se casado);
- e) Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado;
- f) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado principal;
- g) Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do segurado principal;
- h) Cópia do holerite mais atual do segurado principal, quando o capital segurado for definido em função do salário;
- i) Cópia do laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado sinistrado;
- j) Cópia do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir);
- k) Cópia do laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- l) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial;
- m) Cópia do Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver);
- n) Cópia do Laudo de Perícia Técnica (se houver);
- o) Cópia da CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente);
- p) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).



5.2 Se o segurado sinistrado for dependente do segurado principal, os documentos básicos adicionais são:

5.2.1 Se for cônjuge:

- a) Cópia da Certidão de Casamento do cônjuge, atualizada com as averbações;
- b) Cópia do comprovante de dependentes do INSS ou cópia da declaração de Imposto de Renda com indicação de dependentes (se houver);

5.2.2 Se for companheiro(a):

- a) Cópia do comprovante de dependentes do INSS ou cópia da declaração de Imposto de Renda com indicação dependentes (se houver);
- b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes.

5.3 Para todos os beneficiários do segurado na Cobertura de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), os documentos básicos necessários são:

- a) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;
- b) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;
- c) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica;
- d) Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica.

22.4.1 Se o beneficiário for cônjuge do segurado, o documento básico adicional é:

- e) Cópia da Certidão de Casamento do segurado, atualizada com as averbações.

5.3.2 Se o beneficiário for companheiro(a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:

- a) Cópia da anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou cópia do comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou cópia da declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado;
- b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes.

5.3.3 Se o beneficiário for filho do segurado, os documentos básicos adicionais são:



- a) Cópia da Certidão de Nascimento;
- b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se não houver documento de indicação de beneficiários).

5.3.4 Se o beneficiário for pai ou mãe do segurado, o documento básico adicional é:

- a) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se o segurado for solteiro e não houver documento de indicação de beneficiários).

6. Disposições Gerais

6.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. Riscos Cobertos

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de indenização ao segurado, nas hipóteses e nos graus estabelecidos na tabela que integra esta condição, proporcional ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura, caso haja a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal devidamente coberto nos termos deste contrato de seguro, durante a vigência da cobertura, limitada ao capital segurado estipulado para esta cobertura, e observadas as demais condições contratuais.

1.2 A invalidez permanente por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica.

1.3 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.

1.4 A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

1.5 A seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e

constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva do segurado.

1.6 Para efeito desta Condição Especial, considera-se a seguinte tabela para cálculo da indenização em caso de invalidez permanente por acidente:

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Fratura não-consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
PARCIAL DIVERSAS	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membro 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-úlnares	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	09
	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	09
	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 tíbios-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	03
	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	06	
- menos de 3 (três) centímetros	sem indenização	
Perda do uso de Membros sem Perda Anatômica		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprio da tabela.		
DIVERSAS	MANDÍBULA	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
	- Em grau mínimo	5
	- Em grau médio	10
	- Em grau máximo	20
	NARIZ	
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
Perda total do olfato	07	
Perda do olfato com alterações gustativas	10	



	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
	Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais:	
	- Unilateral	07
	- Unilateral com fístulas	15
	- Bilateral	14
	- Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra:	
	- Ectrópio unilateral	03
	- Ectrópio bilateral	06
	- Entrópio unilateral	07
	- Entrópio bilateral	14
	- Má oclusão palpebral unilateral	03
	- Má oclusão palpebral bilateral	06
	- Ptose palpebral unilateral	05
	- Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONAÇÃO	
	Perda da palavra (mudez incurável)	50
	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	Amputação total de uma orelha	08
	Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência urinária permanente	30
1. DIVERSAS	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	Com função renal preservada	30
	Redução da função renal (não dialítica)	50
	Redução da função renal (dialítica)	75
	Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um ovário	05
	Perda de dois ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
Perda do útero depois da menopausa	10	



	PESCOÇO	
	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
	Traqueostomia definitiva	40
	TÓRAX	
	APARELHO RESPIRATÓRIO	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
	- Com função respiratória preservada	15
	- Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	- Com redução em grau médio da função respiratória	50
	- Com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (FEMININAS)	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ORGÃO E VÍCERAS)	
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial	20
	Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial	20
	Colectomia total	40
	Colostomia definitiva	40
DIVERSAS	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Retenção anal	10
	FÍGADO	
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Lobectomia com insuficiência hepática	50
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	Epilepsia pós-traumática	20
	Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
Síndrome pós-concussional	05	



1.7 Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista nesta cobertura para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

1.8 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.

1.9 **Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente da sua profissão.**

1.10 **Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não poderá exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado desta cobertura.**

1.11 **Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à da indenização prevista para sua perda total.**

1.12 **Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, será deduzida do grau de invalidez definitiva.**

2. Riscos Excluídos

2.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídos da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):**

- a) **perda de dentes e danos estéticos;**
- b) **doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;**
- c) **intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- d) **moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.**



3. Capital Segurado

3.1 O capital segurado desta cobertura é proporcional ao capital segurado da Cobertura Básica de Morte e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

3.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

3.3 No caso de invalidez permanente parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

3.4 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 será deduzida do valor do capital segurado por morte.

4. Cancelamento da cobertura individual

4.1 **Após o pagamento de indenização por invalidez permanente e total por acidente, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.**

4.2 **Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 2.17 das Condições Gerais.**

5. Liquidação de Sinistros

5.1 Para a Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado;
- c) Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado;
- d) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado principal;
- e) Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do segurado principal;
- f) Cópia do holerite mais atual do segurado principal, quando o capital segurado for definido em função do salário;
- g) Cópia do laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado sinistrado;



- h) Cópia do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir);
- i) Cópia do laudo emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), se houver;
- j) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (se houver);
- k) Cópia do Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver);
- l) Cópia do Laudo de Perícia Técnica (se houver);
- m) Cópia da CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente);
- n) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais, sequelas e respectivo déficit funcional permanente, e se o segurado está de alta médica definitiva;
- o) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

5.2 Se o segurado sinistrado for dependente do segurado principal, os documentos básicos adicionais são:

5.2.1 Se for cônjuge:

- d) Cópia da Certidão de Casamento do cônjuge, atualizada com as averbações;
- e) Cópia do comprovante de dependentes do INSS ou cópia da declaração de Imposto de Renda com indicação de dependentes (se houver);

5.2.2 Se for companheiro(a):

- f) Cópia do comprovante de dependentes do INSS ou cópia da declaração de Imposto de Renda com indicação dependentes (se houver);
- g) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes.

6. Junta Médica

6.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.

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

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



7. Disposições Gerais

7.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES (DG)

1. Riscos Cobertos

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante a antecipação total do pagamento do capital segurado da Cobertura Básica de Morte, caso o segurado seja diagnosticado, durante a vigência da cobertura, como portador de doenças graves cobertas, observadas as disposições das condições contratuais.

1.2 Para efeito desta Condição Especial, consideram-se doenças graves, exclusivamente, as seguintes patologias, nas condições a seguir especificadas:

1.2.1 Doença Cardiológica

Está coberto o segurado que seja portador de qualquer doença cardiológica (arterial, muscular ou valvular) que lhe traga desconforto, dores precordiais, fadiga, palpitações e falta de ar, mesmo em repouso, que o incapacitem para qualquer atividade física, não melhorando com tratamentos médicos convencionais, em que a classe funcional corresponda aos níveis III e IV, conforme abaixo:

1.2.1.1 Classificação das Cardiopatias (classificação funcional da *NYHA, New York Heart Association*):

- a) Classe I: atividade física comum não ocasiona fadiga, dispnéia, palpitação ou angina.
- b) Classe II: não há sintomas em repouso, mas a atividade física comum leva o indivíduo a apresentar dispnéia, fadiga, palpitação ou angina.
- c) Classe III: não há sintomas em repouso, mas a atividade física mínima, menor que a habitual, produz sintomas de dispnéia, fadiga, palpitação ou angina.
- d) Classe IV: há dispnéia, fadiga, palpitação ou angina em repouso, que pioram ainda mais com o esforço.

1.2.2 Doença Renal

Está coberto o segurado portador de doença renal crônica e irreversível que necessite de tratamento com diálise constante, mesmo após realização de transplante renal.



1.2.3 Doenças Neoplásicas

Está coberto o segurado portador de qualquer doença neoplásica maligna que apresente complicações e intercorrências graves, caracterizadas por compressões tumorais ou metástases à distância, e que o tornem incapaz do exercício de qualquer atividade física.

1.2.4 Doenças do Sistema Nervoso Central

Está coberto o segurado portador de doenças neurológicas severas e irreversíveis, com sequelas motoras e cognitivas, que o impeçam de exercer qualquer atividade, tornando-o dependente de terceiros para o próprio autossustento.

1.3 O diagnóstico definitivo da doença grave deverá ser efetuado por profissional médico habilitado, especialista na respectiva patologia, e deverá estar acompanhado dos exames médicos realizados, comprobatórios da doença.

1.4 **Sendo constatado e comunicado à seguradora o diagnóstico de uma das doenças relacionadas no item 1.2 como objeto de cobertura da apólice, o capital segurado não se acumula para pagamento de mais outra doença grave diagnosticada.**

2. Riscos Excluídos

2.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídos da Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG) quaisquer doenças não previstas nesta garantia e/ou que não se enquadrem nos critérios definidos nesta Condição Especial para caracterização da doença grave.**

3. Capital Segurado

3.1 O capital segurado desta cobertura é proporcional ao capital segurado da Cobertura Básica de Morte e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

3.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do diagnóstico da doença.

4. Cancelamento da cobertura individual

4.1 **A Cobertura de Doenças Graves não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.**



4.2 Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 2.17 das Condições Gerais.

5. Liquidação de Sinistros

5.1 Para a Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- c) Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado;
- d) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;
- e) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença grave, os tratamentos realizados e a evolução da doença;
- f) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

6. Junta Médica

6.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

7. Disposições Gerais

7.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.



CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA EM FASE TERMINAL (DT)

1. Riscos Cobertos

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante a antecipação total do pagamento do capital segurado da Cobertura Básica de Morte, caso o segurado venha a ser diagnosticado, durante a vigência da cobertura, como paciente em fase terminal, observadas as disposições das condições contratuais.

1.2 **Para efeito desta Condição Especial, considera-se paciente em fase terminal o portador de doença grave para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos e que apresente uma expectativa de morte em até 6 (seis) meses.**

1.3 O diagnóstico definitivo da doença, bem como a indicação do período de expectativa de vida do segurado deverá ser efetuado por profissional médico habilitado, especialista na respectiva patologia, e deverá estar acompanhado dos exames médicos realizados, comprobatórios da doença.

2. Capital Segurado

2.1 O capital segurado desta cobertura é proporcional ao capital segurado da Cobertura Básica de Morte e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

2.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do diagnóstico da doença terminal.

3. Carência

3.1 **Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se os limites estabelecidos no item 17 das Condições Gerais.**

3.2 **A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato do seguro e na proposta de adesão.**

4. Cancelamento da cobertura individual

4.1 **A Cobertura de Doença em Fase Terminal não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento da indenização, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.**



4.2 Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 2.17 das Condições Gerais.

5. Liquidação de Sinistros

5.1 Para a Cobertura Adicional de Doença em Fase Terminal (DT), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- c) Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado;
- d) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;
- e) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença, sua evolução, os tratamentos realizados e qual a expectativa de morte do segurado;
- f) Cópias de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico da doença até a entrega da documentação;
- g) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

6. Junta Médica

6.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

7. Disposições Gerais

7.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.



CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

1. Objetivo

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante a antecipação total do pagamento do capital segurado da Cobertura Básica de Morte, caso o segurado venha a tornar-se, durante a vigência da cobertura, totalmente inválido, em caráter permanente, em decorrência de doença que cause a perda da sua existência independente, observadas as demais condições contratuais.

2. Definições

2.1 Glossário médico para os termos relacionados à cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD):

2.1.1 **Agravo Mórbido:** piora de uma doença.

2.1.2 **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.

2.1.3 **Aparelho Locomotor:** conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

2.1.4 **Atividade Laborativa:** qualquer ação ou trabalho através do qual o indivíduo obtenha renda.

2.1.5 **Auxílio:** ajuda através de recurso humano e/ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

2.1.6 **Ato Médico:** procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

2.1.7 **Cardiopatia Grave:** doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave".

2.1.8 **Cognição:** conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

2.1.9 **Conectividade com a Vida:** capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.



2.1.10 Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

2.1.11 Dados Antropométricos: peso e altura do indivíduo.

2.1.12 Deambular: ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

2.1.13 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.

2.1.14 Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

2.1.15 Disfunção Imunológica: incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

2.1.16 Doença Crônica: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

2.1.17 Doença Crônica em Atividade: doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

2.1.18 Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

2.1.19 Doença do Trabalho: aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

2.1.20 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.

2.1.21 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.

2.1.22 Doença Profissional: aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

2.1.23 Estados Conexos: representa o relacionamento consciente e normal do indivíduo com o meio externo.

2.1.24 Etiologia: causa de cada doença.



2.1.25 Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

2.1.26 Hígido: saudável.

2.1.27 Médico Assistente: médico que está assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

2.1.28 Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

2.1.29 Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

2.1.30 Recidiva: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

2.1.31 Refratariedade Terapêutica: incapacidade de o organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

2.1.32 Relações Existenciais: aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

2.1.33 Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar e se relacionar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca, bem como nele se deslocar.

2.1.34 Sequela: qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

2.1.35 Transferência Corporal: capacidade do indivíduo se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. Riscos Cobertos

3.1 A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico de incapacidade, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado. Este quadro clínico de incapacidade deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 8.

3.2 Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes quadros clínicos de incapacidades, provenientes



exclusivamente de doenças:

- 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 seu 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 sequelas encefálicas e/ou medulares, que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou no 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) Deficiências visuais, **decorrentes de doença**:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é menor ou igual a 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,05 e 0,3 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for menor ou igual a 60°; ou
 - 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:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.3 Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, anexo a esta Condição Especial, atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.3.1 O IAIF é composto por dois documentos:

- a) O primeiro documento (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).



- O 1º grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
 - Para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
 - Todos os atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
- b) O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
- Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

4. Riscos Excluídos

4.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que resultando em quadro clínico de incapacidade que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

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

5. Capital Segurado

5.1 O capital segurado desta cobertura é proporcional ao capital segurado da Cobertura Básica de Morte e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

5.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez funcional permanente e total indicada na declaração médica.



6. Carência

6.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se os limites estabelecidos no item 17 das Condições Gerais.

6.2 A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato do seguro e na proposta de adesão.

7. Cancelamento da cobertura individual

7.1 A Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

7.2 Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 2.17 das Condições Gerais.

7.3 Não estando comprovada a invalidez funcional permanente e total por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.

8. Liquidação de Sinistros

8.1 Para a Cobertura Adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPD), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- c) Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado;
- d) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;
- e) Declaração médica indicando a data da invalidez funcional permanente e total por doença, bem como informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item 3. Riscos Cobertos;
- f) Relatório médico assistente do segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi oficialmente diagnosticada; e detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado;
- g) 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;

h) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

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

8.3 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item 9 desta Condição Especial.

8.4 A seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e/ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

8.5 Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez.

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.

9.2 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. Junta Médica

10.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedor, escolhido pelos dois nomeados.



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

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

11. Disposições Gerais

11.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (ILPD)

1. Objetivo

Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante a antecipação total do pagamento do capital segurado da Cobertura Básica de Morte, em caso de sua invalidez laborativa permanente e total por doença, durante a vigência da cobertura, observadas as demais condições contratuais.

2. Riscos Cobertos

Para fins desta cobertura, entende-se por invalidez laborativa permanente e total por doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do segurado.

A atividade laborativa principal é aquela através da qual o segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a sua invalidez.

Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os segurados portadores de doenças em fase terminal.

Paciente em fase terminal é o portador de doença grave para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis, sem perspectiva de recuperação, e que apresente uma expectativa de morte em até 6 (seis) meses da data do diagnóstico, atestada por profissional médico habilitado, especialista na respectiva patologia e acompanhada dos exames médicos realizados, comprobatórios da doença.



3. Riscos Excluídos

Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, consideram-se também como riscos excluídos:

peças que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da seguradora;

perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais em decorrência, direta ou indireta, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal; doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

4. Capital Segurado

O capital segurado desta cobertura é proporcional ao capital segurado da Cobertura Básica de Morte e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da invalidez laborativa permanente e total indicada na declaração médica.

5. Carência

Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se os limites estabelecidos no item 17 das Condições Gerais.

A carência deverá ser fixada na proposta de contratação, no contrato do seguro e na proposta de adesão.

6. Cancelamento da cobertura individual

A Cobertura de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.

Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 2.17 das Condições Gerais.

Não estando comprovada a invalidez laborativa permanente e total por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as condições contratuais.



7. Liquidação de Sinistros

Para a Cobertura Adicional de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença (ILPD), os documentos básicos necessários são:

- a. Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b. Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- c. Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado;
- d. Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;
- e. Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do segurado;
- f. Cópia do holerite mais atual do segurado, quando o capital segurado for definido em função do salário;
- g. Declaração médica indicando a data da invalidez laborativa permanente e total por doença, bem como 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 2. Riscos Cobertos;
- h. Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença, sua evolução, os tratamentos realizados e qual a expectativa de morte do segurado (no caso de doença terminal);
- i. Cópias de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico da doença até a entrega da documentação;
- j. Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

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

O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item 8 desta Condição Especial.

A seguradora reserva-se o direito de não considerar quaisquer resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez.

8. Despesas de Comprovação

As despesas efetuadas com a legitimação da invalidez laborativa 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.

9. Junta Médica

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 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 tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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

10. Disposições Gerais

Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA CONGÊNITA DE FILHOS (DCF)

1. Riscos Cobertos

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento do capital segurado contratado em razão de nascimento de filho do segurado principal que seja portador de doença congênita, observadas as disposições das condições contratuais.

1.2 Para efeito desta Condição Especial, caracterizam-se como doenças congênitas as seguintes malformações ou anomalias macroscópicas, observadas ao nascimento e que necessitem de acompanhamento médico com realização de tratamentos especializados:

a) Malformação do sistema nervoso: central e periférico;



- b) Malformação do coração (exceto comunicação intra-atrial isolada) e de grandes vasos;
- c) Malformação da traqueia e dos pulmões;
- d) Malformação dos rins;
- e) Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;
- f) Malformação dos membros superiores e inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;
- g) Malformação dos órgãos dos sentidos; e
- h) Anomalias cromossomiais (Síndrome de Down e Síndrome de Turner).

2. Capital Segurado

2.1 O capital segurado desta cobertura é fixo e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

2.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do nascimento do filho portador da doença congênita.

3. Liquidação de Sinistros

3.1 O pagamento da indenização em decorrência da contratação desta cobertura será efetuado se a data de nascimento do filho ocorrer no período em que esta cobertura esteja em vigor.

3.2 Para a Cobertura Adicional de Doença Congênita de Filhos (DCF), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- c) Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado;
- d) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado principal;
- e) Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do segurado principal;
- f) Cópia da Certidão de Nascimento do filho do segurado, portador da doença congênita;
- g) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença congênita, sua evolução e os tratamentos realizados;
- h) Cópia de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico;
- i) Declaração médica atestando que o filho não poderá exercer atividades profissionais em condições de igualdade com pessoas híginas (saudáveis), em decorrência da doença congênita de que é portador;
- j) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).



3.3 A seguradora reserva-se o direito de solicitar exames laboratoriais e especializados ou outros documentos necessários, bem como requerer perícia médica, para comprovação da doença que caracterize a cobertura.

3.4 Reconhecida a doença congênita pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez.

4. Despesas de Comprovação

4.1 As despesas efetuadas com a comprovação da doença congênita de filho são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre a cobertura.

4.2 As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

5. Junta Médica

5.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de malformações ou anomalias, bem como a avaliação da doença congênita relacionada ao filho do segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

6. Disposições Gerais

6.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.



CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT)

1. Riscos Cobertos

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de diárias ao segurado, por sua incapacidade temporária decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, se esta perdurar além do período estipulado como franquia, contado a partir da data de seu afastamento em função da incapacidade, até o limite de diárias e valor do capital contratados, observadas as disposições das condições contratuais.

1.2 A incapacidade temporária caracteriza-se pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico, quando esta ocorrer dentro do período de vigência do seguro.

2. Definições

2.1 Para efeito desta Condição Especial, considera-se:

2.1.1 Franquia: período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.

3. Riscos Excluídos

3.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídas da Cobertura Adicional de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença:

- a) moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc;
- b) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética;
- c) tratamentos clínicos ou cirúrgicos para infertilidade, impotência sexual, esterilidade, métodos contraceptivos, inseminação artificial e alteração de sexo;
- d) tratamentos para obesidade em suas várias modalidades;
- e) tratamentos para senilidade, geriatria, rejuvenescimento, repouso e convalescença;
- f) cirurgias plásticas, exceto as restauradoras de funções em órgãos, membros e regiões, realizadas exclusivamente em decorrência de lesões provocadas por acidentes pessoais;



- g) tratamentos odontológicos e/ou ortodônticos, salvo se em consequência de acidente pessoal coberto;**
- h) distúrbios e doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos o consequências decorrentes deles;**
- i) afastamento para realização de exames médicos de rotina (check-up) ou de investigação diagnóstica.**

4. Capital Segurado

4.1 O capital segurado desta cobertura é fixo, correspondendo à quantidade máxima de dias contratada, multiplicada pelo valor da diária, e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

4.2 O capital segurado não tem caráter de reembolso de despesas e de honorários médicos, hospitalares e/ou odontológicos.

4.3 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do afastamento do segurado de suas atividades profissionais ou ocupacionais, em função da sua incapacidade temporária.

5. Franquia

5.1 A franquia será fixada na proposta de contratação, no contrato do seguro e na proposta de adesão e será de, no máximo, 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, contados a partir da data do afastamento do segurado em função de sua incapacidade.

6. Limite de Diárias

6.1 É a quantidade máxima de diárias a que o segurado fará jus à partir do término do período de franquia, conforme estabelecido no contrato.

7. Carência

7.1 Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, exceto para eventos decorrentes de acidentes pessoais, respeitando-se os limites estabelecidos no item 17 das Condições Gerais.

7.2 A carência será fixada na proposta de contratação, no contrato do seguro e na proposta de adesão.



8. Liquidação de Sinistros

8.1 Para a Cobertura Adicional de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DIT), os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado;
- c) Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado;
- d) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado principal;
- e) Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do segurado principal;
- f) Cópia do laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado sinistrado;
- g) Cópia do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir);
- h) Cópia do laudo emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), se houver;
- i) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (se houver);
- j) Cópia do Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver);
- k) Cópia do Laudo de Perícia Técnica (se houver);
- l) Cópia da CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente);
- m) Declaração do empregador contendo os dados do segurado e o tempo de afastamento do serviço;
- n) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo o diagnóstico e tratamentos instituídos, bem como o período previsto de incapacidade;
- o) Cópias de todos os laudos e exames realizados que comprovem a incapacidade física temporária;
- p) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

8.2 O segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário, para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante, observado o item 9 desta Condição Especial.

8.3 Reconhecida a incapacidade temporária pela seguradora, a indenização será paga de uma só vez, considerando o valor da diária multiplicado pelo número de dias de afastamento, respeitando-se o limite de diárias e os períodos de franquia e de carência previstos no contrato.

8.4 No caso de ocorrência simultânea de mais de um evento coberto, a indenização será calculada considerando o evento que resulte no maior período de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.



9. Despesas de Comprovação

9.1 As despesas efetuadas com a legitimação da incapacidade são de responsabilidade do próprio segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante.

9.2 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. Junta Médica

10.1 No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, a seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

11. Disposições Gerais

11.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DECORRENTES DE ACIDENTE (DMHO)

1. Riscos Cobertos

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto, e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados a partir da data do acidente, até o valor do capital contratado e observadas as disposições das condições contratuais.



1.2 O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que existam vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

2. Riscos Excluídos

2.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídas da Cobertura Adicional de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente:

- a) **doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;**
- b) **intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- c) **moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc;**
- d) **despesas relacionadas a estados de convalescença (após a alta médica);**
- e) **despesas de acompanhante;**
- f) **despesas com aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo pela perda de dentes naturais.**

3. Capital Segurado

3.1 O capital segurado desta cobertura é fixo e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

3.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

4. Liquidação de Sinistros

4.1 Para a Cobertura Adicional de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas Decorrentes de Acidente (DMHO), os documentos básicos necessários são:

- a) **Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;**
- b) **Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado sinistrado;**



- c) Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado sinistrado;
- d) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado principal;
- e) Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do segurado principal;
- f) Cópia do holerite mais atual do segurado principal, quando o capital segurado for definido em função do salário;
- g) Cópia do laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado sinistrado;
- h) Cópia do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir);
- i) Cópia do laudo emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), se houver;
- j) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (se houver);
- k) Cópia do Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver);
- l) Cópia do Laudo de Perícia Técnica (se houver);
- m) Cópia da CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente);
- n) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, descrevendo os tratamentos instituídos, as lesões residuais e se o segurado está de alta médica definitiva;
- o) Comprovantes originais das despesas com honorários médicos, hospitais, clínicas e de aquisição de medicamentos, devidamente acompanhados das receitas médicas;
- p) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

4.2 Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

4.3 A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exames para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda de direitos em relação à cobertura concedida sob esta Condição Especial, em caso de recusa.

5. Disposições Gerais

5.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.



CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO, REEMBOLSO OU ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. Riscos Cobertos

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante, em caso de morte do segurado durante a vigência da cobertura, o pagamento do capital em caráter indenitário aos beneficiários, ou o reembolso das despesas realizadas com o seu funeral, ou a prestação do serviço de assistência funeral, até o valor do capital contratado, observadas as disposições das condições contratuais.

1.2 Pagamento em caráter indenitário:

1.2.1 A seguradora efetuará o pagamento aos beneficiários indicados pelo segurado do valor do capital contratado, caso esta cobertura não seja utilizada na forma de reembolso das despesas, prevista no item 1.3, ou na forma de prestação do serviço de assistência funeral, prevista no item 1.4.

1.3 Reembolso das despesas com funeral:

1.3.1 Em substituição ao pagamento em caráter indenitário, caso existam responsáveis pelo dispêndio das despesas com o funeral do segurado, a seguradora efetuará o reembolso dos valores diretamente a eles, até o limite do capital segurado contratado.

1.3.2 Caso as despesas reembolsáveis sejam inferiores ao valor do capital segurado contratado, a diferença será paga aos beneficiários indicados pelo segurado.

1.4 Serviços de Assistência Funeral:

1.4.1 Em substituição às formas de pagamento em caráter indenitário e de reembolso das despesas com o funeral, poderá haver opção pela prestação de serviços de assistência funeral, até o limite do capital segurado contratado.

1.4.2 Caso as despesas com a prestação dos serviços de assistência funeral sejam inferiores ao valor do capital segurado contratado, a diferença será paga aos beneficiários indicados pelo segurado.

1.4.3 Os serviços de assistência funeral consistem, exclusivamente, em:

1.4.3.1 Envio de um representante credenciado, além do fornecimento do livro de registro de presença.

1.4.3.2 Cerimônia fúnebre, abrangendo exclusivamente os itens abaixo:

a) preparação do corpo para acomodação em urna;



- b) caixão/urna funerária feita em madeira maciça, com ornamentos laterais e face superior, alças e chavetas douradas, forração em tecido, apoio para cabeça, visor e babados e sobrebabados;
- c) véu ou manto mortuário, quando necessário;
- d) enfeite floral e coroas de flores;
- e) capela mortuária ou velório;
- f) aparelho de ozona;
- g) mesa de condolências ou câmara ardente, incluindo castiçais, velas, suporte para urna e imagens ou insígnias de acordo com a religião da família;
- h) carro funerário para enterro dentro do município de moradia habitual do segurado;
- i) sepultamento ou cremação onde existir esse serviço;
- j) pagamento de taxa de sepultamento ou cremação onde existir esse serviço;
- k) providência no sentido de levar o óbito a registro, suportando os ônus decorrentes deste serviço;
- l) indicação de locação de um jazigo, dependendo da disponibilidade do local, por um período de até 3 (três) anos contados da data do falecimento, no caso em que a família do “de cujus” não dispuser de local para o sepultamento.

1.4.3.3 Traslado e/ou repatriamento de corpo, onde o prestador de serviço tratará das formalidades a serem cumpridas no local do falecimento, garantindo o pagamento das despesas de transporte desde o local de óbito e/ou preparação do corpo até o local de sepultamento ou cremação no Brasil, incluindo-se os gastos para o fornecimento de urna funerária para o transporte terrestre, ou de urna específica (zincada) necessária para traslados aéreos, quando o falecimento ocorrer fora do município de moradia habitual do segurado.

1.4.3.3.1 Condições para a prestação de serviço de traslado e/ou repatriamento de corpo:

- a) No que se refere ao traslado e/ou repatriamento do corpo, o prestador de serviço providenciará a remoção do corpo de qualquer lugar do mundo somente para o sepultamento ou cremação no município de moradia habitual do segurado no Brasil.
- b) Os serviços de assistência serão prestados a partir do momento em que o corpo do falecido segurado estiver liberado pelas autoridades, sem que haja obstáculo material, policial ou judicial que impeça o traslado e/ou repatriamento.

2. Riscos Excluídos

2.1 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídas da Cobertura Adicional de Indenização, Reembolso ou Assistência Funeral, nas opções de reembolso das despesas ou de prestação de serviços:



a) realização ou despesas com buscas, obtenção de provas e formalidades legais e burocráticas, no caso de o segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja sua natureza, implicando em “morte presumida”.

2.2 Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídas da Cobertura Adicional de Indenização, Reembolso ou Assistência Funeral, exclusivamente na opção de prestação de serviços:

- a) despesas adicionais de traslado do corpo, decorrentes de alteração do local de sepultamento ou cremação para fora do município de moradia habitual do segurado;
- b) despesas de aquisição, locação confecção, manutenção e/ou recuperação de jazigo ou carneiro;
- c) realização ou despesas de exumação de corpos que estiverem no jazigo, quando do sepultamento do segurado;
- d) a cremação do segurado em município que não disponha desse serviço;
- e) despesas extras como, por exemplo, com transporte, alimentação e hospedagem de familiares do segurado;
- f) a prestação do serviço de assistência funeral nas localidades em que a legislação não permita a atuação da prestadora do serviço;
- g) despesas por serviços não especificados no item 1.4.2.

3. Âmbito Geográfico

3.1 Quando a Cobertura Adicional de Indenização, Reembolso ou Assistência Funeral for utilizada na forma de prestação de serviço, o sepultamento ou cremação restringe-se ao território brasileiro.

4. Capital Segurado

4.1 O capital segurado desta cobertura é fixo e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

4.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

5. Liquidação de Sinistros

5.1 Se a cobertura for utilizada na forma de indenização, os documentos básicos necessários estão relacionados no item 22.3 das Condições Gerais do seguro.

5.2 Se a cobertura for utilizada na forma de reembolso, adicionalmente aos documentos relacionados no item 22.3 das Condições Gerais do seguro, os documentos básicos necessários são:



a) Comprovantes (notas fiscais e recibos) originais das despesas realizadas com o funeral do segurado.

5.3 Se a cobertura for utilizada na forma de prestação de serviços, não haverá documentos adicionais àqueles relacionados no item 22.3 das Condições Gerais do seguro.

5.4 Para todos os beneficiários desta cobertura, utilizada na forma de indenização ou de reembolso de despesas realizadas com o funeral do segurado, os documentos básicos necessários são:

- a) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;
- b) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;
- c) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica;
- d) Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica.

5.4.1 Na forma de utilização da cobertura como indenização, se o beneficiário for companheiro(a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:

- a) Cópia da anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou cópia do comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou cópia da declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado;
- b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes.

5.4.2 Na forma de utilização da cobertura como indenização, se o beneficiário for filho do segurado, os documentos básicos adicionais são:

- a) Cópia da Certidão de Nascimento;
- b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se não houver documento de indicação de beneficiários).

5.4.3 Na forma de utilização da cobertura como indenização, se o beneficiário for pai ou mãe do segurado, o documento básico adicional é:

- a) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente



com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se o segurado for solteiro e não houver documento de indicação de beneficiários).

6. Disposições Gerais

6.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO FUNERAL

1. Riscos Cobertos

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante aos beneficiários indicados pelo segurado, em caso de sua morte, o pagamento do valor do capital contratado, a título de auxílio para despesas de funeral, sem necessidade de comprovantes.

2. Capital Segurado

2.1 O capital segurado desta cobertura é fixo e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

2.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

3. Liquidação de Sinistros

3.1 Para a Cobertura Adicional de Auxílio Funeral, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
- c) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

3.2 Para todos os beneficiários do segurado nesta cobertura, os documentos básicos necessários são:

- a) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;
- b) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;



c) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal (is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica;

d) Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) a cada beneficiário ou representante(s) legal (is) ou procurador (es), em se tratando de pessoa jurídica.

3.2.1 Se o beneficiário for companheiro (a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:

h) Cópia da anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou cópia do comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou cópia da declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado;

i) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes.

3.2.2 Se o beneficiário for filho do segurado, os documentos básicos adicionais são:

a) Cópia da Certidão de Nascimento;

b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se não houver documento de indicação de beneficiários).

3.2.3 Se o beneficiário for pai ou mãe do segurado, o documento básico adicional é:

a) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se o segurado for solteiro e não houver documento de indicação de beneficiários).

3.3 O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Funeral não implica no reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

4. Disposições Gerais

4.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA

1. Riscos Cobertos

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante aos beneficiários indicados pelo segurado, em caso de sua morte, o pagamento do valor do capital contratado, a título de auxílio para aquisição de cesta básica de alimentos.

2. Capital Segurado

2.1 O capital segurado desta cobertura é fixo e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

2.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

3. Liquidação de Sinistros

3.1 Para a Cobertura Adicional de Auxílio Cesta Básica, os documentos básicos necessários são:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
- c) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

3.2 Para todos os beneficiários do segurado nesta cobertura, os documentos básicos necessários são:

- a) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;
- b) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;
- c) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal (is) ou procurador (es), em se tratando de pessoa jurídica;
- d) Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) a cada beneficiário ou representante(s) legal (is) ou procurador (es), em se tratando de pessoa jurídica.

3.2.4 Se o beneficiário for companheiro (a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:



- j) Cópia da anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou cópia do comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou cópia da declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro (a) como dependente do segurado;
- k) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes.

3.2.5 Se o beneficiário for filho do segurado, os documentos básicos adicionais são:

- c) Cópia da Certidão de Nascimento;
- d) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se não houver documento de indicação de beneficiários).

3.2.6 Se o beneficiário for pai ou mãe do segurado, o documento básico adicional é:

- b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se o segurado for solteiro e não houver documento de indicação de beneficiários).

3.3 O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Cesta Básica não implica no reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

4. Disposições Gerais

4.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE RESCISÃO TRABALHISTA (RT)

1. Riscos Cobertos

1.1 Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante ao estipulante o pagamento do capital segurado contratado, a título de verba rescisória, em caso de morte do segurado principal, observadas as condições contratuais.

1.2 Esta cobertura destina-se somente a contratos cujo custeio do seguro seja não contributivo, ou seja, quando os prêmios individuais dos segurados forem pagos totalmente pelo estipulante.

2. Capital Segurado

2.1 O capital segurado desta cobertura pode ser fixo ou proporcional ao capital segurado da Cobertura Básica de Morte e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.

2.2 Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado principal.

3. Liquidação de Sinistros

3.1 Para a Cobertura Adicional de Rescisão Trabalhista (RT), os documentos básicos necessários são:

3.1.1 Em caso de morte do segurado por causa natural:

- a) Formulário próprio de aviso de sinistro preenchido e assinado;
- b) Cópia da Certidão de Óbito do segurado;
- c) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF do segurado;
- d) Cópia da Certidão de Casamento do segurado, atualizada com a averbação do óbito (se casado);
- e) Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal ao segurado;
- f) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;
- g) Cópia completa e atualizada da Ficha de Registro de Empregado do segurado;
- h) Cópia do holerite mais atual do segurado, quando o capital segurado for definido em função do salário;
- i) Todos os laudos e exames realizados desde a data de diagnóstico da doença até a data do óbito;
- j) Autorização de Crédito (formulário fornecido pela seguradora após a análise dos documentos pertinentes ao sinistro).

3.1.2 Em caso de morte do segurado por causa acidental, adicionalmente aos documentos relacionados no item 3.1.1, excetuando o documento i):

- a) Cópia do laudo de 1º (primeiro) atendimento médico hospitalar ao segurado;
- b) Cópia do formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), preenchido e assinado pelo emitente e pelo profissional médico (quando o caso exigir);
- c) Cópia do laudo necroscópico emitido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- d) Cópia do termo de reconhecimento de cadáver (quando o caso exigir);
- e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial;
- f) Cópia do Laudo Toxicológico e Psicotrópico (se houver);
- g) Cópia do Laudo de Perícia Técnica (se houver);
- h) Cópia da CNH - Carteira de Habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado sinistrado o motorista na ocasião do acidente).



3.2 Para todos os beneficiários do segurado na Cobertura Adicional de Rescisão Trabalhista, os documentos básicos necessários são:

- a) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;
- b) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;
- c) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica;
- d) Cópia do comprovante de endereço atualizado (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.), nominal a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica.

4. Disposições Gerais

4.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Condição Especial.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)

1. Objetivo

1.1 Mediante a inclusão desta cláusula suplementar na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de indenização ao segurado principal em caso de morte de seu cônjuge, ou ao próprio cônjuge, no caso de sua invalidez permanente total ou parcial por acidente, se contratada a cobertura adicional para cônjuge, durante a vigência da cobertura, limitada ao capital segurado estipulado, e observadas as demais condições contratuais.

2. Definições

Para efeito desta Cláusula Suplementar, considera-se:

2.1 **Cônjuge:** pessoa legalmente reconhecida como tal, inclusive o(a) companheiro(a) do segurado principal, observada a legislação brasileira a respeito.

3. Garantias do Seguro

3.1 Poderão ser contratadas as seguintes coberturas para o cônjuge, **desde que estas sejam também contratadas para o segurado principal**, obedecidas as conjunções permitidas, que serão especificadas no contrato e no certificado:

- a) Cobertura Básica de Morte;



- b) Cobertura Adicional de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA);
- c) Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

4. Riscos Excluídos

4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais e Especiais da apólice, exclui-se desta cláusula o cônjuge do segurado principal que faça parte do grupo segurado também na condição de segurado principal.**

5. Aceitação e Inclusão

5.1 A inclusão de cônjuges no seguro poderá ocorrer de forma automática ou facultativa, devidamente especificada no contrato.

5.2 **Inclusão automática:** nesta forma, estarão automaticamente cobertos pelo seguro os cônjuges de todos os segurados principais.

5.3 **Inclusão facultativa:** nesta forma só estarão cobertos pelo seguro os cônjuges de segurados principais que autorizarem/solicitarem suas inclusões, por meio do preenchimento de proposta de adesão, datada e assinada pelo segurado, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros.

6. Vigência

6.1 O início de vigência do risco individual previsto nesta cláusula suplementar será:

6.1.1 No caso de inclusão automática:

- a) a data de início da cobertura do segurado principal, para cônjuges admitidos no grupo simultaneamente com o mesmo; ou
- b) a data da inclusão desta cláusula no seguro, caso ocorra após o início de vigência da apólice.

6.1.2 No caso de inclusão facultativa:

- a) a data de início da cobertura do segurado principal, desde que a inclusão do cônjuge seja solicitada simultaneamente, mediante análise e aceitação da seguradora; ou
- b) a data da correspondente vigência, à partir da solicitação expressa do segurado principal.

6.2 Além das situações previstas no item 18 das Condições Gerais do seguro, o seguro do cônjuge terminará:



- a) com a morte do cônjuge;
- b) com a separação de fato, judicial, divórcio ou fim da união estável.
- c) com o pagamento de indenização por invalidez permanente e total por acidente do cônjuge.

7. Capital Segurado

7.1 O capital segurado para a Cobertura Básica de Morte do cônjuge será definido no contrato, sendo expresso em percentual aplicável à Cobertura Básica de Morte do segurado principal, não podendo exceder 100% (cem por cento) do capital contratado para esta última.

7.2 Os capitais segurados contratados para as coberturas adicionais, também definidos no contrato, serão proporcionais ao capital contratado para a Cobertura Básica de Morte do cônjuge.

7.3 Para efeito de determinação do capital segurado, na Cobertura Básica de Morte, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

7.4 Para efeito de determinação do capital segurado, nas coberturas adicionais, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data definida na respectiva Condição Especial.

8. Beneficiários

8.1 No caso da morte de segurados dependentes, o beneficiário será o próprio segurado principal.

8.2 No caso da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), o beneficiário será o próprio segurado sinistrado.

9. Liquidação de Sinistros

9.1 Conforme disposto nas Condições Gerais do seguro.

10. Disposições Gerais

10.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Cláusula Suplementar.



CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS (IF)

1. Objetivo

1.1 Mediante a inclusão desta cláusula suplementar na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de indenização ao segurado principal em caso de morte de seu(s) filho(s) dependente(s), durante a vigência da cobertura, limitada ao capital segurado estipulado, e observadas as demais condições contratuais.

2. Definições

Para efeito desta Cláusula Suplementar, considera-se:

2.1 **Filho:** filho e enteado dependente do segurado principal, considerado conforme a regulamentação da previdência social e/ou do imposto de renda.

3. Garantias do Seguro

3.1 Somente poderá ser contratada a Cobertura Básica de Morte para filho, **desde que contratada pelo segurado principal**, a qual será especificada no contrato e no certificado.

3.2 Quando contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge (IC), também farão parte do seguro os filhos dependentes do cônjuge do segurado principal, conforme a regulamentação da previdência social e/ou do imposto de renda.

3.3 **No caso de menores de 14 (quatorze) anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, mediante apresentação de comprovantes, incluindo despesas com traslado. Não estarão cobertas despesas com aquisição, aluguel e manutenção de terrenos, jazigos ou carneiros.**

3.4 **Quando ambos os pais forem segurados dentro de um mesmo grupo, cada filho estará segurado apenas uma vez, sendo considerado dependente daquele que possuir o maior capital segurado, e que será denominado segurado principal para fins desta cláusula.**

4. Riscos Excluídos

4.1 **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, exclui-se desta cláusula o filho do segurado principal que faça parte do grupo segurado também na condição de segurado principal.**

5. **Aceitação e Inclusão**

5.1 A inclusão de filhos no seguro ocorrerá de forma automática.

6. **Vigência**

6.1 O início de vigência do risco individual previsto nesta cláusula suplementar será:

- a) a data de início da cobertura do segurado principal; ou
- b) a data da inclusão desta cláusula no seguro, caso ocorra após o início de vigência da apólice.

6.2 Além das situações previstas no item 18 das Condições Gerais do seguro, o seguro do filho terminará com a morte do filho.

7. **Capital Segurado**

7.1 O capital segurado para a Cobertura Básica de Morte do filho será definido no contrato, sendo expresso em percentual aplicável à Cobertura Básica de Morte do segurado principal, não podendo exceder 100% (cem por cento) do capital contratado para esta última.

7.2 Para efeito de determinação do capital segurado, na cobertura Básica de Morte, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado.

8. **Beneficiários**

8.1 No caso da morte de filho segurado dependente, o beneficiário será o próprio segurado principal.

9. **Liquidação de Sinistros**

9.1 Conforme disposto nas Condições Gerais do seguro.

9.2 No caso de morte de menor de 14 (quatorze) anos, com utilização da cobertura na forma de reembolso de despesas com funeral, os documentos básicos adicionais são:

- a) Comprovantes (notas fiscais e recibos) originais das despesas realizadas com o funeral do segurado.



10. Disposições Gerais

10.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Cláusula Suplementar.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE REVERSÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

1. Objetivo

1.1 Seguradora e estipulante acordam que, mediante inserção desta Cláusula Suplementar no seguro, ao final de vigência da apólice haverá distribuição do excedente técnico porventura existente, de acordo com os critérios a seguir estabelecidos.

2. Critérios para a distribuição do excedente técnico

2.1 Será distribuído ao estipulante, como excedente técnico, um percentual do saldo positivo da apólice, livremente pactuado, e constante do contrato firmado entre as partes.

2.2 A distribuição se fará após o término da vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo pactuado no contrato, a partir da data da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

2.3 A distribuição de excedentes técnicos fica condicionada à existência de uma média mensal mínima de vidas de segurados, pactuada no contrato, durante a vigência do seguro.

3. Apuração do Resultado

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

3.1.1 Receitas:

- a) prêmios de competência correspondente ao período e vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR - Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados) do período anterior;
- d) recuperação de sinistros do(s) ressegurador (es).



3.1.2 Despesas:

- a) as comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
- c) as comissões de agenciamento pagas durante o período de apuração;
- d) prêmios de resseguro;
- e) valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma vez só os sinistros com pagamentos parcelados;
- f) alterações dos valores de sinistros já considerados em apurações anteriores;
- g) valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR - Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados), considerando-se para tal um percentual sobre os prêmios ou sinistros de competência do período, conforme acordado com o estipulante;
- h) saldos negativos de períodos anteriores, ainda não compensados;
- i) despesas efetivas de administração, acordadas com o estipulante.

3.3 As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- l) o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;
- m) o aviso à seguradora, para os sinistros;
- n) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- o) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

3.4 Os valores apurados como resultado técnico devem ser atualizados monetariamente pelo índice para atualização de valores previsto no item 2.17 das Condições Gerais do seguro, desde o término do período de apuração determinado no contrato, até a data de sua distribuição como excedente técnico.

4. Disposições Gerais

4.1 Ratificam-se todos os termos das Condições Gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta Cláusula Suplementar.