

Prezado(a) Segurado(a),

Inicialmente, gostaríamos de comunicar o nosso sentimento de apreço e orgulho de tê-lo como integrante da secular família Generali Brasil Seguros, que nasceu em 1831 na Itália, para depois expandir-se por mais de 60 países, com operações no Brasil desde 1925.

Neste momento, você está recebendo a apólice e as condições gerais do seu seguro. Verifique, por favor, os seus dados pessoais, as garantias contratadas e os seus respectivos valores. Em caso de qualquer divergência, ou mesmo se surgir alguma dúvida, não hesite em consultar o seu corretor.

Gostaríamos de aproveitar a oportunidade para ressaltar que a busca permanente pela excelência, em nossas áreas de especialização, é uma meta irrevogável na Generali, que, desde já, coloca-se à disposição para apresentar o seu portfólio de produtos e serviços, construídos para garantir a sua tranquilidade e a da sua família, assim como a proteção ao seu patrimônio.

Cordialmente,



Jose Ribeiro
Diretor Presidente

APÓLICE DE SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO N.º 81.114

<u>Estipulante (Razão social)</u>	<u>CNPJ</u>
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO	24.529.265/0001-40

<u>Endereço:</u>		<u>CEP</u>
AV. FRANCISCO MOTA, 572		59.625-900
<u>Bairro</u>	<u>Cidade</u>	<u>Estado</u>
PRESIDENTE COSTA E SILVA	MOSSORO	RN

<u>Corretor</u>	<u>Código SUSEP</u>	<u>Início de Vigência</u>
FUNDAÇÃO ESCOLA NACIONAL DE SEGUROS	00.00.00.0.000000-0	24/03/2014

A Generali Brasil Seguros, doravante designada Seguradora, baseando-se na Proposta Mestra que lhe foi apresentada pelo proponente acima qualificado, doravante designado Estipulante, obriga-se a indenizar cada Segurado ou seus beneficiários, na ocorrência de qualquer evento coberto e de acordo com as coberturas contratadas, nos termos e sob as condições e Cláusulas deste seguro, inseridas na presente Apólice e seus anexos, das quais o Estipulante e cada Segurado tomaram conhecimento prévio. A Proposta Mestra, as Propostas Individuais de Adesão e/ou Termos de Anuência, se exigidos, e todos os anexos a esta Apólice fazem parte integrante da mesma.

O Estipulante, investido dos poderes de representação dos Segurados perante a Seguradora, após prévia leitura das Condições em vigor, deve assiná-las e carimbá-las, em sinal de consentimento, dando conhecimento das mesmas aos Segurados.

Rio de Janeiro, 02 de abril de 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO


GENERALI
Brasil Seguros

Anexo à apólice de Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo n.º 81.114

Estipulante: UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO

Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo
Condições Particulares

1. CONDIÇÕES DE SEGURABILIDADE

Podem participar do seguro todos os alunos e estagiários do Estipulante, limitados a 70 (setenta) anos completos, que estejam em boas condições de saúde e plena capacidade laboral.

1.1. Novas inclusões

Após a implantação da apólice, os novos alunos e estagiários do Estipulante poderão ser incluídos desde que estejam em boas condições de saúde, plena capacidade laboral e tenham no máximo 70 (setenta) anos completos de idade.

2. Grupo segurável

Composto por todos os alunos e estagiários do Estipulante.

2.1. Ex-estagiários e alunos: Em caso de perda de vínculo com o Estipulante, fica entendido e acordado que o Segurado deverá ser excluído da Apólice, ratificando o disposto no subitem 4.7 das Condições Gerais.

3. RELAÇÃO ENTRE ESTIPULANTE E SEGURADORA

Ratificando o disposto no subitem 4.8 das Condições Gerais da Apólice, declaramos, para os devidos fins e efeitos, que a relação existente entre o Estipulante e a Seguradora possui cunho exclusivamente securitário.

4. COBERTURAS DISPONÍVEIS:

Ratificando o disposto no item 6 das Condições Gerais de Acidentes Pessoais Coletivo, a presente apólice prevê as seguintes coberturas:

4.1. Básica - MA (Morte Acidental) - Garante o pagamento de 100% do limite máximo individual de garantia da apólice, em caso de evento coberto;

4.2. IPA (Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente) – Garante o pagamento de uma indenização de **até 100%** do valor da cobertura básica relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto;

4.3. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas - DMHO - Garante ao próprio funcionário o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas decorrentes de acidentes, **limitadas em até R\$ 2.000,00 (dois mil reais)**, por evento, efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto, mediante apresentação notas fiscais originais, além dos demais documentos de sinistro previstos para esta cobertura.

5. CAPITAL SEGURADO

A presente apólice prevê o seguinte critério de capital: **único no valor de R\$10.000,00 (dez mil reais)**.

6. CRITÉRIO DE REAJUSTE DO CAPITAL SEGURADO

As solicitações de reajuste de capital segurado deverão ser feitas pelo Estipulante para análise desta Cia.

7. TAXA COMERCIAL

A taxa comercial mensal aplicada sobre o capital segurado é de **0,019%**.

8. REVISÃO DE TAXA

A revisão da taxa será **anual**, ratificando o disposto no subitem 13.6 das Condições Gerais da Apólice.

9. ADESÃO

A forma de adesão ao presente seguro classifica-se como **COMPULSÓRIA**, observando-se as condições de segurabilidade constantes do item 1 destas Condições Particulares.

10. CUSTEIO

O custeio da presente apólice é **não-contributário**, ratificando o disposto no subitem 12.1 das Condições Gerais da Apólice.

11. INÍCIO DE VIGÊNCIA: 24/03/2014

11.1. Prazo de Vigência: Anual, ratificando o disposto no item 16 das Condições Gerais da Apólice, podendo ser prorrogado por igual período, até o limite de 60 (sessenta) meses.

11.2. Início de Vigência Individual: de acordo com o período de cobertura contratado.

12. COBRANÇA DE PRÊMIOS

12.1. Fica convencionado entre as partes que a data limite para pagamento do prêmio será no prazo de até 5 (cinco) dias úteis após a emissão da fatura, alterando o constante no subitem 12.19 das Condições Gerais da Apólice.

12.2. A data limite para envio da movimentação mensal será até o dia 30 (trinta) do mês do risco e a emissão do faturamento em até 05 (cinco) dias úteis após o recebimento da movimentação.

12.3. Caso o arquivo com a movimentação mensal não seja enviado até a data acima estipulada, a fatura será emitida com base nas informações da fatura anterior. Possíveis acertos serão efetuados na fatura seguinte.

13. DADOS CADASTRAIS

Tendo em vista as disposições da Circular SUSEP, faz-se necessário, para implantação e manutenção da apólice o envio de arquivo digital contendo: Nome completo, CPF, sexo, data de nascimento e, salário, quando se tratar de apólice regida por múltiplo salarial, ou capital segurado, quando o critério de capital for diferente de múltiplo salarial.

13.1. O envio dos dados na forma disposta no item anterior deverá ser antecipado à vigência do risco, sendo tal condição indispensável à garantia do atendimento aos segurados através da central de atendimento.

13.2. Cabe ressaltar que, a inobservância ao item anterior sujeita a Seguradora e o Estipulante a sanções administrativas e de multa, impostas pela SUSEP.

14. BENEFICIÁRIOS

Inexistindo a indicação de beneficiários por parte do segurado principal, a indenização será paga conforme Legislação em vigor, de acordo com o disposto no subitem 14.6 das Condições Gerais da Apólice.

15. FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

O capital segurado será pago sob a forma de pagamento único, ratificando o disposto dos subitens 9.18 e 15.2 das Condições Gerais da Apólice.

16. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

Este produto garante cobertura por 24 horas, para eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, com prestação de serviços garantidos somente no Brasil. Em qualquer hipótese, só estarão garantidos os segurados com residência fixa no Brasil, ratificando o disposto no item 10 das Condições Gerais da Apólice.

17. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

Esta apólice não prevê aplicação de carências ou franquias, ratificando o disposto no subitem 11.6 das Condições Gerais da Apólice.

18. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DE COBERTURAS

Em caso de atraso no pagamento dos prêmios, é prevista a aplicação de multa e juros de mora, calculados na forma prevista no subitem 22.4 das condições Gerais da Apólice.

18.1. Ratificando o disposto nas alíneas a dos subitens 17.1 e 17.2. das Condições Gerais da Apólice, respectivamente:

A reabilitação da apólice é possível se os prêmios em atraso forem quitados antes de completos 90 (noventa) dias de atraso e se dará sem interrupção de cobertura, com cobrança retroativa dos prêmios.

O segurador responderá por todos os sinistros ocorridos a partir daquela data, ficando cobertos os sinistros ocorridos no período de inadimplência.

18.2. A regra estabelecida no subitem anterior não se aplica aos casos de inadimplência individual dos segurados nos seguros contributários. O não pagamento dos prêmios por parte do segurado implicará em imediata suspensão de cobertura do Seguro, ficando sem cobertura os eventos ocorridos no período de inadimplência, ratificando o disposto nos subitens 18.1, 20.2.1 alínea d das Condições Gerais da Apólice.

19. ANEXOS

Compõem a presente apólice, os seguintes itens:

- Condições Particulares;
- Condições Gerais do Seguro de Acidentes Pessoais Coletivos;
- Cláusula Básica - Morte Acidental (MA);
- Cláusula Adicional de Invalidez Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- Cláusula Adicional de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO);
- Manual de Procedimentos para Liquidação de Sinistros e,
- Glossário.

20. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais e Cláusulas adicionais, não modificadas pelas presentes Condições Particulares.

Rio de Janeiro, 02 de abril de 2014.



GENERALI
Brasil Seguros

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO SEMI-ÁRIDO

Generali Acidentes Pessoais Coletivo

Condições Gerais

1. OBJETIVO DO SEGURO

O objetivo deste seguro é garantir o pagamento do capital segurado, a prestação de serviços e/ou o reembolso, quando cabível, ao próprio Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), caso ocorra qualquer dos eventos previstos nas condições e cláusulas deste seguro, desde que tais eventos estejam incluídos nas coberturas contratadas pelo Estipulante e Segurado.

2. DEFINIÇÕES

Contidas no Glossário, anexo inseparável das presentes condições.

3. ACEITAÇÃO DO SEGURO

A celebração ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete.

3.1. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do Segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente aditivo, observada a ressalva disposta no item 21 posterior.

3.2. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e à aceitação do risco.

3.3. Caberá à Seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

3.4. A adesão à apólice deverá ser realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de Proposta Individual de Adesão, para prévia análise de aceitação da Seguradora, e desta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

3.4.1. Para a aceitação de que trata o subitem anterior, poderão ser exigidos outros documentos, tais como Declaração Pessoal de Saúde (DPS), declaração de atividade laborativa ou exames médicos, correndo as custas às expensas da Seguradora.

3.5. A proposta de adesão de cada proponente integrará o contrato, após sua aceitação pela Seguradora.

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

3.7. Caso o proponente do seguro seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no subitem 3.6 anterior.

3.8. Se o proponente for pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no subitem 3.6 anterior, desde que a Seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.

3.9. No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração da proposta, conforme disposto nos subitens 3.7 e 3.8 anteriores, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 3.6 anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

3.10. Ficará a critério da Seguradora a decisão de informar ou não, por escrito, ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros a aceitação da proposta, devendo, no entanto, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal ao corretor/Estipulante, no caso de sua não-aceitação, justificando a recusa.

3.11. A ausência de manifestação, por escrito, da Seguradora, nos prazos previstos no subitem 3.6 anterior, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

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

3.12.1. A referida quantia será devolvida diretamente em nome do proponente ou deduzida dos prêmios a pagar da próxima fatura; neste último caso, constará a devolução registrada no demonstrativo de fatura respectivo, sendo de responsabilidade do Estipulante sua devolução ao proponente.

3.13. É obrigatória a emissão da apólice e envio ao Estipulante, pela Seguradora, no início do seguro. Em cada uma das renovações subseqüentes seguirá o correspondente aditivo.

3.14. É obrigatória a emissão do certificado individual e seu envio ao Segurado, pela Seguradora, no início do seguro e em cada uma das renovações subseqüentes.

3.15. A emissão da apólice, do certificado ou dos aditivos será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

3.15.1. O disposto no subitem 3.14 anterior não se aplica no caso de Seguros de Pessoas com capital global.

3.16. O certificado de que trata o subitem 3.14 anterior deverá conter os seguintes elementos mínimos, além daqueles previstos nas demais legislações que abordem o tema:

a) data de início e término de vigência da cobertura individual do Segurado Principal e dos Segurados dependentes; e

b) capital segurado de cada cobertura relativa ao Segurado Principal e aos Segurados dependentes, além do prêmio total.

3.17. Caberá ao diretor responsável pelos controles internos ou a outro diretor designado pela Seguradora a responsabilidade pelo cumprimento do disposto neste artigo.

3.18. Não será estabelecida a inclusão nas condições contratuais de cláusula de concorrência de apólices, exceto no caso de coberturas que garantam o reembolso de despesas.

3.18.1. Possuindo o Segurado mais de uma apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas médico-hospitalares, conforme ressalva contida no subitem anterior, a responsabilidade desta Seguradora, nesta apólice, será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta garantia em cada uma delas.

3.19. Não será estabelecida a inclusão nas condições contratuais de cláusula que exija do Segurado a comunicação à Seguradora de contratação posterior de outros Seguros de Pessoas, com coberturas concomitantes.

3.20. É facultado à Seguradora solicitar, quando da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do valor do capital segurado, para efeito de subscrição, informação do proponente ou do Segurado quanto à contratação de outros Seguros de Pessoas com coberturas concomitantes.

3.21. Nos casos em que a aceitação da proposta depender de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, os prazos previstos no subitem 3.6 anterior serão suspensos, até que o Ressegurador se manifeste formalmente sobre a aceitação.

3.21.1. A Seguradora, nos prazos estabelecidos no subitem 3.6 anterior, deverá informar, por escrito, ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, a inexistência de cobertura.

3.21.2. Na hipótese prevista no subitem anterior, é vedada a cobrança de prêmio total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta.

3.22. Deficientes Físicos

Os portadores de deficiência física que fizerem parte do grupo segurável estarão aceitos em todas as coberturas, ficando, todavia, excluídos de cobertura os riscos relacionados na alínea "f" do item 7 posterior.

3.23. As condições contratuais do seguro deverão estar à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva proposta de contratação, no caso de plano individual, ou da proposta de adesão, no caso de plano coletivo, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais.

3.24. No Seguro de Pessoas, a apólice ou bilhete não podem ser ao portador.

3.25. A data de aceitação da proposta será aquela em que a Seguradora se manifestar formalmente ou a de término dos prazos previstos no subitem 3.6 anterior; nesta última hipótese, em caso de ausência de manifestação formal em contrário, por parte da Seguradora.

3.26. Aceitação de Segurados

Somente serão aceitos no grupo segurado os proponentes pertencentes ao grupo segurável, isto é, que de qualquer modo se vinculem ao Estipulante, que estejam em gozo de boa saúde e em plena atividade profissional, observados os limites de idade e de capitais segurados, e que tiverem preenchido e assinado a Proposta Individual de Adesão, com a Declaração Pessoal de Saúde (DPS), quando exigida, o que será ratificado nas Condições Particulares da apólice. A aceitação do Segurado fica condicionada à análise, pela Seguradora e a seu critério, da Proposta Individual de Adesão.

3.26.1. O vínculo de que trata o subitem anterior deverá estar, de forma clara e objetiva, definido na proposta mestra de contratação.

3.26.2. Para a contratação do seguro sobre a vida dos outros, o proponente é obrigado a declarar, sob pena de falsidade, o seu interesse pela preservação da vida da pessoa que deseja segurar. Até prova em contrário, presume-se o interesse quando a pessoa a quem se deseja segurar é cônjuge, ascendente ou descendente do interessado.

3.26.3. Nos seguros não-contributários, todos os dirigentes, empregados ou associados do Estipulante serão incluídos na apólice, excetuando-se apenas as pessoas impedidas de serem seguradas e aquelas que se manifestarem expressamente contra sua inclusão no seguro.

3.26.4. Podem ser aceitos na Cobertura Básica e em todas as Cláusulas Adicionais e Especiais, mediante prévio acordo entre as partes, os aposentados por tempo de serviço que estejam em perfeitas condições de saúde, o que constará das Condições Particulares da apólice.

3.26.4.1. Fica entendido e acordado que a aceitação de aposentados só é permitida em 2 (dois) momentos: quando da recepção do grupo de Segurados, por ocasião da implantação da apólice e desde que os mesmos já façam parte do grupo segurado, de acordo com as condições estabelecidas no subitem anterior; ou, quando de sua efetiva aposentadoria, que implicará sua manutenção na apólice, sem interrupção de vigência individual. Fica estabelecido que não serão aceitas novas inclusões de componentes aposentados.

3.26.4.2. O aposentado somente será mantido no seguro enquanto seu prêmio for pago por intermédio do Estipulante.

3.26.5. Se o Segurado houver sido aceito no seguro com idade acima do limite fixado na apólice, por motivo de inexatidão na informação de sua idade ou data de nascimento, por qualquer motivo, seu seguro será considerado nulo, sem direito a qualquer devolução de prêmio, ainda que a constatação do erro na idade aconteça quando ocorrer algum evento coberto pela apólice.

3.26.6. O plano coletivo deverá estar disponível para todos os componentes do grupo que atendam as condições previstas nas Condições Particulares da apólice, para ingresso no grupo segurado.

3.26.7. No caso de recepção de grupo de Segurados e assistidos, originada em processo de migração de apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja cobertura esteja em vigor, inclusive aqueles afastados do serviço ativo, por acidente ou doença. Para fins do presente, a "migração de apólices" tem seu conceito definido no Glossário.

3.26.8. No caso de recepção de grupo de Segurados e assistidos, não originada em processo de migração de apólices, a aceitação dos afastados é facultativa e está condicionada à prévia análise e aceitação da Seguradora. Para tal fim, se faz necessário o envio das seguintes informações: nome, CPF, CID-10, capital segurado, data de nascimento, data de afastamento.

3.26.8.1. Fica entendido e acordado que a aceitação de afastados só é permitida em 2 (dois) momentos: quando da recepção do grupo de Segurados, por ocasião da implantação da apólice e desde que os mesmos já façam parte do grupo segurado, após efetuada a análise de aceitação descrita no subitem anterior; ou quando de seu efetivo afastamento, que implicará sua manutenção na apólice, sem interrupção de vigência individual. Fica estabelecido que não serão aceitas novas inclusões de componentes afastados.

4. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido dos poderes de representação dos Segurados perante as Seguradoras.

4.1. As apólices coletivas em que o Estipulante possua, com o grupo segurado, exclusivamente, o vínculo de natureza securitária, referente à contratação do seguro, serão consideradas apólices individuais, no que concerne ao relacionamento dos Segurados com a Seguradora, devendo sua contratação respeitar a forma específica para o ramo, cujas condições diferem daquelas previstas para o seguro coletivo e não estão amparadas pelo presente contrato.

4.2. O Seguro de Pessoas pode ser estipulado por pessoa física ou jurídica, em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo, se vincule, ressalvado o disposto no subitem 4.3 posterior. O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, porém é o único responsável para com a mesma, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

4.2.1. Para fins de interpretação das presentes Condições Gerais, as referências ao Estipulante aplicam-se aos Subestipulantes.

4.3. Fica expressamente vedada a atuação como Estipulante de:

- a) corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes;
- b) corretores; e
- c) Seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.

4.4. A vedação estabelecida no subitem 4.3 anterior não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.

4.5. Não é considerada Estipulante a pessoa jurídica que, sem ter subscrito proposta de contratação, tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável exclusivamente pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento do respectivo Segurado e o conseqüente repasse em favor da Seguradora.

4.6. O pedido expresso de cancelamento da autorização para desconto em folha de pagamento por parte do Segurado retira do Estipulante ou consignante a obrigatoriedade de cobrança e repasse do respectivo prêmio, a partir do mês seguinte ao comunicado expresso do Segurado. É de exclusiva responsabilidade do Estipulante que for responsável pela arrecadação dos prêmios para o posterior repasse à Seguradora cancelar o desconto em folha de pagamento do prêmio relativo às contribuições do Segurado que manifestar seu desinteresse na continuidade do seguro.

4.7. Em caso de perda de vínculo com o Estipulante, desde que haja previsão contratual prévia, expressa nas Condições Particulares da apólice, o Segurado poderá ser mantido no plano, nas condições comerciais especiais previstas na apólice para tal fim, assumindo, a partir dessa data, o custeio integral das respectivas coberturas ou tendo ajustado o valor do capital segurado à parcela do custeio sob sua responsabilidade.

4.8. No contrato deverá ser claramente estabelecida a relação entre o Estipulante e a Seguradora, o que constará das Condições Particulares da apólice.

4.9. É expressamente vedado ao Estipulante:

- a) cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- d) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

4.10. Dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos Segurados deverão constar, explicitamente, o prêmio do seguro, a Seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios e a informação, em destaque, de que o não-pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro.

4.11. O pagamento de prêmios de seguros efetuados por meio de desconto em folha deverá ser registrado em rubrica específica pela Seguradora garantidora do risco ou, no caso de co-seguro, pela Seguradora líder.

4.12. Se o Segurado dispuser de mais de um contrato de seguro com a mesma Seguradora, os valores referentes a cada contrato devem estar discriminados no instrumento de cobrança, mesmo quando o sistema de pagamento for o previsto no subitem 4.11 anterior.

4.13. Quando houver recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante ou à Seguradora, a qualquer título, é obrigatório o destaque no documento utilizado na cobrança do valor do prêmio do seguro.

5. OBRIGAÇÕES

5.1. Obrigações do Estipulante

São obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados;
- c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, nos termos dos subitens 4.10, 4.11 e 4.12 anteriores, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
- h) comunicar, de imediato, à Seguradora a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar, de imediato, à Susep quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

- l) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
- m) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante; e
- n) comunicar formal e expressamente à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e Segurados e/ou da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que silenciou de má-fé.

5.1.1. Nos seguros contributários, o não-repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a suspensão ou o cancelamento da cobertura e sujeita o Estipulante ou Subestipulante às cominações legais.

5.2. Obrigações da Seguradora

São obrigações da Seguradora:

- a) incluir no contrato de seguro todas as obrigações do Estipulante, de acordo com determinação da Susep;
- b) informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante ou Subestipulante, sempre que lhe for solicitada; e
- c) prestar ao Estipulante, e a cada componente do grupo segurado, todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

5.2.1. Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao Estipulante, é obrigatório constar do certificado individual e da proposta de adesão o seu percentual e valor, devendo o Segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento, sempre que nele houver qualquer alteração.

5.3. Obrigações do Segurado

5.3.1. O Segurado e a Seguradora são obrigados a guardar na conclusão e na execução da apólice a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ela concernentes.

5.3.2. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o 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.

5.3.3. A mudança de profissão/atividade, alteração de residência fixa para outro país ou a prática de esportes violentos ou de risco voluntário, tais como, exemplificativa, mas não exclusivamente: esportes aéreos, náuticos a motor, lutas e artes marciais, competição automobilística, o exercício de atividades amadora ou profissional a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres e/ou perigosos, são exemplos de incidentes suscetíveis de agravar o risco coberto e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que houve silêncio de má-fé. A comunicação desses incidentes é necessária tanto para o Segurado Principal quanto para o Segurado cônjuge, quando incluído no seguro.

5.4. Comunicada pelo Estipulante ou Segurado de qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, conforme alínea "n" do subitem 5.1 anterior, ou subitem 5.3.3 anterior, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do comunicado expresso para, por escrito, dar ciência ao Estipulante ou Segurado, conforme for o caso, de sua decisão de cancelar a apólice.

5.5. O cancelamento mencionado no subitem 5.4 anterior só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora, devendo ser restituída pelo Segurador a diferença do prêmio, se houver, relativo ao período em que a cobertura não mais vigorará.

6. GARANTIAS DO SEGURO

Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles expressamente convencionados nas cláusulas anexas à apólice, devidamente ratificados nas Condições Particulares, que dela fazem parte integrante e inseparável, e que, salvo expressa menção em contrário, ocorram em todo o globo terrestre.

6.1 Acidente pessoal é 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, incluindo-se neste conceito:

- a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

- c) acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- e) acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- l) queda n'água ou afogamento.

6.1.1. As coberturas do Seguro de Pessoas são divididas em Básicas e Adicionais.

6.2. A contratação de qualquer Cobertura Adicional ou Especial fica condicionada à contratação de uma das Coberturas Básicas: MA (Morte Acidental) ou IPA (Invalidez Permanente Total por Acidente).

6.3. As Cláusulas Suplementares de Inclusão de Cônjuge e Filhos não são extensivas às Coberturas de DMH (Despesas Médico-Hospitalares) e DIT (Diárias de Incapacidade Temporária por Acidente).

7. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos da Cobertura Básica, bem como de todas as Coberturas Adicionais e Especiais deste seguro, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e deles decorrentes;
- c) doenças;
- d) suicídio, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos de vigência individual do seguro, ou do aumento espontâneo e individual de seu capital segurado;
- e) danos morais; e
- f) para portadores de deficiência física: lesões e/ou doenças relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes, devidamente evidentes como direta e/ou indiretamente relacionadas à causa da deficiência física e/ou às suas repercussões, assim como as condições clínicas advindas de qualquer complicação, em qualquer tempo, inclusas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos e, ainda, as lesões e disfunções de qualquer natureza e expressão e suas respectivas consequências, também em qualquer tempo, que tenham sido induzidas, precipitadas e/ou facilitadas pela deficiência física do Segurado e/ou por quaisquer de suas interdependências patológicas e/ou disfuncionais, mesmo que temporárias, preexistentes.

7.1. A Seguradora não se eximirá do pagamento do capital segurado, quando a morte ou a incapacidade do Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

7.1.1. A omissão do Segurado quanto à informação da prática de esportes violentos, quando do preenchimento da Proposta Individual de Adesão, se esta lhe foi exigida, ou de quando iniciou sua prática, se posterior à contratação, é causa ensejadora de perda do direito ao pagamento do capital segurado.

7.2. O contrato será considerado nulo para a garantia de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do(s) Beneficiário(s), ou de representante de um ou de outro.

7.3. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, são excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes.

8. INCLUSÃO DE DEPENDENTES

Podem ser incluídos neste seguro como dependentes do Segurado Principal: cônjuge e filhos/enteados do Segurado Principal e aqueles considerados dependentes pela legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, desde que tais dependentes não pertençam ao grupo segurável principal. Quando os Segurados Principais tiverem dependentes comuns, estes serão incluídos, uma única vez, pelo Segurado cuja soma de capital segurado nas garantias básicas for maior. A indenização por morte do dependente é devida ao Segurado Principal.

8.1. Para fins do presente seguro também são considerados cônjuges as(os) companheiras(os) que, por força da legislação, adquirirem as prerrogativas de cônjuge.

8.2. De acordo com o produto comercializado, outras categorias de dependentes poderão constituir grupo segurável de apólice coletiva, tais como pais, sogros, tios, irmãos, filhos de maior idade e outros, o que constará expressamente das Condições Especiais do produto.

8.3. Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado Principal seja na de dependente.

8.4. Os capitais segurados do componente dependente, em quaisquer garantias, não podem ser superiores ao do componente principal.

9. CAPITAL SEGUADO

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

9.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente.

9.2. Nos planos coletivos, para cada grupo pode haver uma ou mais classes de capitais segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos, o que constará das Condições Particulares da apólice, tais como:

- a) capital de livre escolha definido em tabela de adesão;
- b) múltiplo salarial;
- c) capital único ou fixo;
- d) escalonado por idade;
- e) escalonado por faixa salarial; e
- f) escalonado por categoria funcional.

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

9.4. Nos seguros em que o Segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da Seguradora do valor do capital segurado contratado sem a devida solicitação expressa do Segurado.

9.5. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

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

9.7. O valor do capital segurado (limite máximo individual de garantia da apólice) de cada componente, em cada cobertura, representa o valor máximo a ser pago pela Seguradora no caso de realização do evento coberto.

9.8. Os critérios de fixação e reajuste dos capitais, seus mínimos e máximos, bem como períodos de aplicação serão estabelecidos nas Condições Particulares da apólice, observando-se os seguintes parâmetros:

- a) na data determinada pela Convenção Coletiva de Trabalho;
- b) no período e índice acordados entre as partes e ratificados nas Condições Particulares;
- c) não desejado pelo Estipulante.

9.9. Nos Seguros de Pessoas, o capital segurado é livremente estipulado pelo Segurado Principal, observando-se o critério de capital e o limite acordados entre as partes e estabelecidos nas Condições Particulares da apólice, podendo haver contratação de seguro, sobre o mesmo interesse, com a mesma Seguradora, ou Seguradores diversos.

9.10. O reajuste do limite máximo de garantia da apólice do aposentado, quando incluído na apólice, será feito de acordo com os mesmos critérios estabelecidos para os Segurados ativos, como se o aposentado estivesse em atividade, salvo tratativas em contrário, que constarão expressamente das Condições Particulares da apólice.

9.10.1. O reajuste do limite máximo de garantia da apólice do Segurado afastado, quando incluído na apólice, será feito de acordo com os mesmos critérios estabelecidos para os Segurados ativos, como se o afastado estivesse em atividade, salvo tratativas em contrário, que constarão expressamente das Condições Particulares da apólice.

9.11. Quando o limite máximo de garantia da apólice da Cobertura Básica for fixado em múltiplo do salário mensal do Segurado, os capitais segurados e prêmios serão corrigidos na mesma data e na mesma proporção em que for reajustado o salário de cada Segurado, respeitado o capital máximo da apólice, que poderá ser revisto mediante prévia tratativa entre as partes.

9.12. Os Seguros de Pessoas deverão conter cláusula de atualização anual de valores, com base em índice, pactuado entre Estipulante e Segurador, escolhido dentre aqueles previstos em regulamentação específica expedida pela Susep, o que constará das Condições Particulares da apólice.

9.12.1. O índice e a periodicidade de atualização de valores deverão constar das Condições Gerais, das Condições Particulares da apólice e das propostas.

9.13. Os capitais segurados, prêmios, benefícios e contribuições serão atualizados na data de aniversário da contratação, com base no índice pactuado.

9.14. Observado o estabelecido no subitem 9.12 anterior, fica facultado o estabelecimento de outra data-base, desde que os valores contratualmente previstos estejam atualizados até essa outra data-base e, a partir de então, respeitada a periodicidade anual.

9.15. Caso o Estipulante não concorde com a atualização dos capitais segurados na forma prevista pelo subitem 9.12, deverá formalizar comunicado à Seguradora.

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

9.17. No período que anteceder a concessão do capital segurado e nos planos de regime financeiro de repartição, será facultada a adoção de cláusula de recálculo do capital segurado, segundo fatores objetivos expressos nas Condições Particulares da apólice.

9.17.1. A cláusula a que se refere o subitem anterior estabelecerá, de forma objetiva, a periodicidade utilizada para o recálculo dos valores, o que constará das Condições Particulares da apólice.

9.18. O capital segurado, de acordo com o plano de seguro contratado, será pago sob a forma de renda ou de pagamento único, o que constará expressamente das Condições Particulares.

9.19. No Seguro de Pessoas para o caso de morte, o capital eventualmente estipulado não está sujeito às dívidas do Segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.

9.20. O pagamento do capital segurado não pode ultrapassar o valor do interesse segurado no momento do sinistro e, em hipótese alguma, o limite máximo individual de garantia fixado na apólice, salvo em caso de mora do Segurador.

9.21. O capital segurado pela garantia adicional de despesas médico-hospitalares representa o limite máximo de reembolso pelo mesmo evento e não poderá ser superior ao maior capital estabelecido para a(s) garantia(s) básica(s).

9.22. O capital segurado de cada Diária de Incapacidade Temporária não poderá ser superior a 1/360 (um trezentos e sessenta avos) do maior capital estabelecido para a(s) garantia(s) básica(s).

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

No corpo de cada Cobertura Adicional ou Cláusula Suplementar, estará definido o âmbito geográfico de cobertura, ratificado ainda nas Condições Particulares da apólice.

10.1. Em qualquer hipótese, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.

11. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

Carência é o período de tempo que o Segurado fica privado de gozar da(s) cobertura(s) do seguro. Não há carência para o Seguro de Acidentes Pessoais, exceto aquela prevista por lei e descrita no subitem 11.2 posterior. Carência é a estipulação de um prazo durante o qual o Segurador não responde pela ocorrência do sinistro.

11.1. Franquia é um valor inicial da importância segurada, pelo qual o Segurado fica responsável como Segurador de si mesmo, podendo ser simples ou dedutível. Para fins do presente seguro, a franquia é dedutível.

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

11.3. Os prazos de carência ou franquia, quando previstos pelo plano de seguro, constarão, no caso de planos coletivos, das Condições Particulares, da proposta mestra de contratação e da Proposta Individual de Adesão.

11.4. Não se aplica a devolução de prêmios em caso de morte do Segurado durante o prazo de carência, tendo em vista a forma de regime financeiro do presente seguro, que é regido por repartição simples.

11.5. Para todas as Cláusulas de Coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no seguro.

11.6. O prazo de carência será aplicado aos aumentos de capital segurado solicitados após o início de vigência, efetuados a qualquer título.

11.7. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

11.8. No caso de migração de apólices, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e aos respectivos valores já contratados.

11.9. Os critérios para fixação de carência e franquia, seus prazos e períodos, quando previstos, devem ser idênticos para os segurados de uma mesma apólice.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

Fica entendido e ajustado que qualquer pagamento do capital segurado, prestação de serviço ou realização de reembolso por força do presente contrato somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Segurado, o que deve ser feito, no máximo, até a data-limite prevista para este fim no documento de cobrança.

12.1. O tipo de custeio de prêmio deste seguro, item expressamente ratificado nas Condições Particulares da presente apólice, classifica-se em:

a) contributário — é o seguro em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente;

b) não-contributário — é o seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus do seu pagamento totalmente sobre o Estipulante; e

c) parcialmente contributário — é o seguro em que os Segurados e o Estipulante participam do custeio do seguro, assumindo percentuais livremente pactuados entre as partes. Esta modalidade equivale ao seguro contributário.

12.2. 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 primeiro dia útil subsequente.

12.3. É previsto fracionamento do prêmio, que poderá ser pago de 2 a 10 parcelas mensais e consecutivas.

12.4. Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional, a título de custo administrativo de fracionamento.

12.5. Deverá ser garantido ao Segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a consequente redução proporcional dos juros pactuados, se houver.

12.6. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

12.7. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à 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 no subitem 12.9 posterior.

12.8. Nos casos de fracionamento de prêmios, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento, se for previsto.

12.9. Tabela

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

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
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

12.9.1. Para os percentuais não previstos na tabela constante do subitem 12.9 anterior, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

12.10. A Seguradora deverá informar ao Segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme hipótese prevista no subitem 12.7 anterior.

12.11. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido neste artigo, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

12.12. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no subitem 12.7 anterior, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

12.13. No caso de fracionamento em que a aplicação da Tabela de Prazo Curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua vigência, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.

12.14. O disposto no subitem anterior não se aplica aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

12.15. O plano não prevê atualização monetária em caso de atraso no pagamento do prêmio, conforme item 22 posterior.

12.16. O plano prevê multa por atraso no pagamento do prêmio, conforme subitem 22.4 posterior.

12.17. O plano prevê juros por atraso no pagamento do prêmio, conforme subitem 22.4 posterior.

12.18. Fica entendido e acordado que, nos seguros, os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

12.19. A data-limite para pagamento do prêmio é o último dia útil do mês relativo ao período de cobertura a que o mesmo se referir. Se o prêmio não for pago até a data-limite, o Estipulante poderá pagá-lo até o último dia útil do mês seguinte, porém atualizado e corrigido com multa e juros de mora, desde a data-limite, conforme itens 22 e subitem 22.4 posteriores.

12.20. Nos planos em que haja alteração de taxas por faixa etária, os prêmios serão alterados de acordo com o subitem 13.1. posterior.

12.21. Nos seguros contributários, o não-repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, e sujeita o Estipulante ou Subestipulante às cominações legais.

12.22. Quando o plano de seguro for contratado com previsão de consignação em folha, na forma do subitem 4.5 anterior, a ausência do repasse à Seguradora dos prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar qualquer prejuízo aos Segurados ou respectivos Beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

12.23. O prêmio, quando pago, total ou parcialmente pelo Estipulante, deverá ter o respectivo valor considerado e tratado de forma individualizada, Segurado a Segurado.

12.24. A Seguradora poderá delegar ao Estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos.

12.25. Os valores devidos a título de devolução de prêmios pelas Seguradoras sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no item 22 posterior, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

12.25.1. No caso de cancelamento do seguro, os valores de que trata o subitem anterior serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da Seguradora.

12.25.2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela Seguradora, os valores de que trata o subitem 12.25 anterior serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio ou contribuição.

12.26. A cobrança do prêmio à vista ou parcelada será efetuada por meio de documento emitido pela Seguradora.

12.26.1. A Seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem anterior diretamente ao Segurado ou ao seu representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

13. CRITÉRIO DE TAXAÇÃO

Qualquer alteração de taxas de seguro, ainda que o plano preveja cláusula de reavaliação de taxas do Seguro, por implicar ônus aos Segurados, dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

13.1. Os Segurados pertencentes a apólices regidas pelo critério de taxação por faixa etária que mudarem de faixa na data de seus aniversários terão seus prêmios automaticamente reenquadrados à nova taxa da faixa etária imediatamente posterior, conforme tabela de adesão apresentada no ato da contratação do presente seguro e reproduzida nas Condições Particulares da apólice. Os Segurados que ultrapassarem a idade-limite estabelecida na tabela e permanecerem na apólice terão seus prêmios reajustados, anualmente, por ocasião de seus aniversários, em percentual também estabelecido na tabela de adesão e constante das Condições Particulares da apólice.

13.2. A(s) taxa(s) deste seguro será(ão) calculada(s) de acordo com as normas vigentes para o seguro, e de acordo com a tábua ou taxas indicadas nas Condições Particulares da presente apólice.

13.3. A Seguradora adotará uma taxa média final única ou taxas por faixa etária, englobando a taxa da Cobertura Básica e as taxas das Coberturas Adicionais.

13.4. Para o cálculo da taxa média única ou taxa por faixa etária, a idade de cada Segurado será considerada em anos inteiros no aniversário mais próximo da data do cálculo.

13.5. No cálculo das taxas considerar-se-á o limite máximo de garantia individual, a idade, o sexo, a ocupação e o local de residência de cada Segurado.

13.6. Nos seguros regidos por taxa média, no período acordado e determinado nas Condições Particulares da apólice, a seguradora fará a revisão da taxa com base nos seguintes critérios:

a) Atuarial:

Recálculo de taxas com base no grupo atual, capitais e idades.

b) Com base na sinistralidade:

Será estabelecido na apólice o percentual de sinistralidade máxima esperada em função das características do grupo. Caso a sinistralidade real ultrapasse a sinistralidade máxima esperada, será calculado um fator de reajuste com base na seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Sinistralidade Real}}{\text{Sinistralidade Esperada}} = \text{Fator de Reajuste}$$

13.6.1. A sinistralidade esperada será definida de acordo com os carregamentos previstos na apólice, o IBNR, e a DA, acrescidos de, no mínimo, 10% de margem de segurança e lucro.

13.6.2. O critério de revisão a ser sugerido levará em conta o fator obtido com base no cálculo da divisão da sinistralidade real pela esperada. Se este for superior a 1,5, o critério de reajuste será proposto com base no cálculo atuarial da taxa. Se, todavia, o fator for inferior a 1,5, o reajuste será proposto com base no próprio fator obtido.

13.6.3. Se o fator for igual ou menor que 1, não haverá aumento ou redução de taxa.

13.6.4. Em qualquer hipótese, será sempre observada a regra de alteração contratual prevista no item 21 posterior.

13.7. A Seguradora adotará uma taxa média final única ou taxas por faixa etária. Se, na implantação da apólice por taxa média, diferenças de idade forem constatadas entre o grupo analisado para estudo e o grupo enviado para a implantação, a ponto de alterar a taxa originalmente proposta, a nova taxa encontrada será adotada de imediato. Constatada qualquer insuficiência de taxa, a Seguradora cobrará do Estipulante a conseqüente insuficiência nos prêmios passados, se tal insuficiência for superior a 5%.

13.8. Na fixação de taxa média final, única ou por faixas etárias, serão considerados, ainda, os carregamentos para cobrir os custos operacionais da Seguradora, as comissões de intermediação e o pró-labore do Estipulante, se existentes.

13.9. O carregamento estabelecido não poderá sofrer aumento durante a vigência da apólice, ficando sua redução a critério da Seguradora.

13.9.1. Quando houver redução do carregamento, na forma prevista pelo subitem anterior, o novo valor deverá ser estendido a todos os Segurados do plano individual ou sujeitos à mesma apólice coletiva.

13.10. O prêmio de cada Segurado corresponderá à taxa média final, ou à taxa de sua faixa etária, vezes o seu limite máximo individual de garantia fixado na Cobertura Básica da apólice.

13.11. O Estipulante obriga-se a prestar à Seguradora todas as informações necessárias ao cálculo das taxas deste seguro.

14. BENEFICIÁRIOS

São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência do sinistro. Cada Segurado deverá indicar, na Proposta Individual de Adesão ou em formulário apropriado, seu(s) Beneficiário(s), isto é, a pessoa ou pessoas a quem deverá ser pago o capital segurado em caso de sua morte.

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

14.1.1. Se o Segurador não for cientificado oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo Beneficiário.

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

14.2.1. Na falta das pessoas indicadas no subitem 14.2 anterior, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

14.3. 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.

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

14.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser Beneficiário de um contrato de seguro de pessoas se comprovado legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

14.6. Inexistindo a indicação de Beneficiários por parte do Segurado Principal, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o pagamento do capital segurado será efetuado conforme legislação em vigor, apresentada no quadro a seguir:

BENEFICIÁRIOS		
1	Segurado(a) casado(a), que não possua descendentes ou ascendentes	100% ao cônjuge.
2	Segurado(a) casado(a), que possua descendentes da união atual e/ou de uniões anteriores	50% ao cônjuge, independentemente do regime de casamento, e os outros 50% serão pagos conforme artigos 1.845, 1.829, inciso I c/c, 1.832 do CC, ou seja: I. Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime da comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares. II. Na hipótese de o cônjuge estar em concorrência com os descendentes, caberá, ao cônjuge quinhão igual ao dos que o sucederem por cabeça, não podendo a sua quota ser inferior à quarta parte da herança, se for ascendente dos herdeiros com quem concorrer.
3	Segurado(a) casado, que não possua descendentes e possua ascendentes	50% ao cônjuge, independentemente do regime de casamento, e os outros 50% serão pagos conforme artigos 1.829, inciso II c/c 1.836 e 1.837 do CC, ou seja: I. Aos ascendentes em concorrência com o cônjuge. II. Concorrendo com ascendente em primeiro grau, ao cônjuge tocará 1/3 (um terço) do capital segurado; todavia, caber-lhe-á a metade deste se houver um só ascendente, ou se maior for aquele grau (avós).

4	Segurado(a) solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), com companheiro(a) legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e que não possua descendentes ou ascendentes	100% ao(à) companheiro(a).
5	Segurado solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), com companheiro(a) legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes, que possua descendentes da união atual e/ou de uniões anteriores	50% ao(à) companheiro(a) e os outros 50% serão pagos conforme artigo 1.829, inciso I c/c, e 1.832 do CC, ou seja: I. Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime da comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares. II. Na hipótese de o cônjuge estar em concorrência com os descendentes, caberá ao cônjuge quinhão igual ao dos que o sucederem por cabeça, não podendo a sua quota ser inferior à quarta parte da herança, se forem ascendente dos herdeiros com quem concorrer.
6	Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e com descendentes	100% aos descendentes, divididos em partes iguais.
7	Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes, sem descendentes e com ascendentes	100% aos ascendentes, divididos em partes iguais.
8	Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e sem descendentes ou ascendentes	100% aos colaterais.
9	Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e sem descendentes, ascendentes ou colaterais	100% àqueles que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
10	Considerações finais	Somente é reconhecido o direito sucessório, e conseqüentemente a qualidade de Beneficiário do cônjuge sobrevivente, se esta lhe couber, se ao tempo da morte do Segurado Principal não estavam separados judicialmente, nem separados de fato há mais de 2 (dois) anos, salvo prova, neste caso, de que esta convivência se tornara impossível sem culpa do cônjuge sobrevivente.

15. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para o recebimento do pagamento do capital segurado, o Segurado ou o Beneficiário deverá apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante, o formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou Beneficiário, de acordo com o Manual de Procedimentos para Liquidação de Sinistros, anexo a estas Condições Gerais.

15.1. Os pagamentos relativos às coberturas garantidas têm o prazo máximo limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos.

15.1.1. No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, o prazo de que trata o subitem anterior será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

15.1.2. O não-pagamento da indenização no prazo previsto nos subitens 15.1 e 15.1.1 anteriores implicará a aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.

15.1.3. Os sinistros cujos pagamentos sejam efetuados dentro do próprio mês do evento não sofrerão correção.

15.2. O pagamento da indenização poderá ser realizado sob a forma de parcela única ou de renda, nos termos definidos nas Condições Particulares da apólice.

15.3. O plano de seguro poderá admitir a hipótese de substituição do pagamento da indenização em dinheiro por pagamento em bens ou serviços, desde que expressamente solicitada pelo Segurado ou Beneficiários.

15.4. Reconhecida a invalidez laborativa pela Seguradora, a indenização deve ser paga de uma só vez ou sob a forma de renda certa, temporária ou vitalícia, em prestações mensais, iguais e sucessivas, conforme acordado entre as partes, o que constará expressamente das Condições Particulares da apólice.

15.4.1. Após o pagamento da indenização ou da primeira parcela, quando paga sob a forma de renda, conforme previsto no subitem anterior, o Segurado será automaticamente excluído da apólice, conforme estruturação técnica do plano, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

15.5. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada 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.

15.5.1 A junta médica de que trata o subitem anterior será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

15.5.2. 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.

15.5.3. 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.

15.5.4. Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

15.6. Faculta-se às Seguradoras, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos.

15.7. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para fins de verificação de cobertura, se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anterior à data do sinistro. Fica vedada a exigência de comprovantes de quitação relativos a outros meses.

15.8. Para o recebimento do pagamento de qualquer capital segurado, a prestação de serviços e/ou o reembolso, quando cabível, o Segurado ou seu Beneficiário comunicará o sinistro à Seguradora, logo que o saiba, observados os seguintes prazos:

a) prescreve em 1 (um) ano a pretensão do Segurado contra o Segurador, ou deste contra aquele, contado o prazo a partir da data de caracterização do evento; e

b) prescreve em 3 (três) anos a pretensão do Beneficiário contra o Segurador, contado o prazo a partir da data de caracterização do evento.

15.9. O pagamento da indenização não está condicionado a nenhuma restrição temporal adicional. Em qualquer hipótese os prazos previstos em lei serão analisados diante das situações concretas.

15.10. O Estipulante, corretor, Segurado e/ou Beneficiários deverão comunicar à Seguradora, de imediato, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, assim que dele tiver conhecimento, não sendo estabelecido prazo máximo para comunicação.

15.11. O não-pagamento da indenização no prazo previsto nos subitens 15.1 e 15.1.1 anteriores implicará a aplicação de juros de mora, sem prejuízo de sua atualização.

15.12. Os juros de mora citados no subitem 15.11 anterior estão fixados no subitem 22.4 posterior.

15.13. A forma de aplicação dos juros de mora 15.11 anterior estão fixados no subitem 22.4 posterior.

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

15.15. As coberturas de invalidez garantidas através das Cláusulas Adicionais do presente contrato devem ser comprovadas por declaração médica, observando-se o disposto nos subitens 15.15.1, 15.15.2 e 15.15.3 posteriores.

15.15.1. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com os conceitos garantidos pelas coberturas reclamadas.

15.15.2. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

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

15.16. A tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização.

15.17. É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial, **o que não implica a proibição da solicitação desses documentos, quando existirem e quando forem necessários ao esclarecimento das circunstâncias do sinistro, para a confirmação de cobertura técnica.**

15.18. A Seguradora verificará somente a regularidade da representação quando o pagamento da indenização devido não for efetuado diretamente ao Beneficiário, sem a exigência de alvará judicial.

15.19. Não serão exigidas Certidões de Nascimento atualizadas para fins de liquidação de sinistros.

15.20. Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

15.21. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

15.22. Considerando a hipótese da transformação da indenização em renda, a taxa de juros deverá observar o limite máximo de 6% (seis por cento) ao ano ou sua equivalente efetiva mensal.

15.22.1. O limite de que trata o subitem anterior não se aplica a juros moratórios.

16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

Prazo de Vigência da Apólice - é o período anual ou plurianual de até 5 (cinco) anos compreendido entre a data de início de vigência da apólice (ou de seu aniversário) e seu vencimento (dia anterior ao do aniversário de vigência). O prazo de vigência contratado será definido nas Condições Particulares da apólice.

16.1. **Início e Fim de Vigência do Contrato de Seguro ou de sua Alteração** – as apólices, os certificados de seguro e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

16.1.1. Nos seguros sujeitos à averbação, o início e o término da cobertura dar-se-ão de acordo com as condições específicas de cada modalidade, o que constará expressamente das Condições Particulares da apólice, devendo o risco iniciar-se dentro do prazo de vigência da respectiva apólice.

16.1.2. Nos casos de grupos segurados com vínculo empregatício – empregados de um mesmo empregador – em que a adesão ao seguro for de 100% do grupo segurável, os novos componentes serão incluídos no seguro a partir da data de admissão no emprego, desde que estejam em boas condições de saúde e tenham sido aprovados no exame de saúde pré-admissional.

16.1.3. 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.

16.1.4. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da proposta mestra de contratação e das Condições Particulares da apólice.

16.1.5. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora, ou data posterior, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da proposta mestra de contratação e das Condições Particulares da apólice.

16.2. Renovação da Apólice

As apólices poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, sendo as renovações posteriores realizadas de forma expressa.

16.2.1. A renovação que não implicar alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos poderá ser feita pelo Estipulante quantas vezes se fizerem necessárias, desde que realizada na forma expressa. A renovação que implicar alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo segurado.

16.2.2. A renovação automática a que se refere o subitem 16.2.1 anterior não se aplica aos Segurados, nos planos individuais, e Estipulantes, nos planos coletivos, ou à Seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano.

16.2.3. O desinteresse em renovação da apólice deverá ser comunicado ao Segurado e ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice. O mesmo prazo prevalece para o desinteresse por parte do Estipulante e Segurados.

16.2.4. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

17. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

Em caso de atraso no pagamento dos prêmios, é prevista a aplicação de multa e juros de mora calculados na forma prevista no subitem 22.4 posterior.

17.1. A reabilitação da apólice é possível se os prêmios em atraso forem quitados antes de completos 90 (noventa) dias de atraso e se dará:

- a) sem interrupção de cobertura, com cobrança retroativa dos prêmios. O Segurador responderá por todos os sinistros ocorridos a partir daquela data, ficando cobertos os sinistros verificados no período de inadimplência.
- b) a partir do primeiro dia de cobertura a que se referir o prêmio recebido, sem cobrança retroativa dos prêmios. O Segurador responderá por todos os sinistros ocorridos a partir daquela data, ficando sem cobertura os sinistros ocorridos no período de inadimplência.

17.2. No caso de não ocorrer o cancelamento imediato da apólice ou do certificado individual por inadimplência do Segurado ou do Estipulante, será adotada uma das seguintes hipóteses pelas Seguradoras:

- a) cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, em atrasos de até 90 (noventa) dias com a conseqüente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) Beneficiário(s); ou
- b) não cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, a partir do dia seguinte à data do prêmio vencido e não pago, sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período.

17.2.1. O disposto no subitem anterior e suas alíneas não se aplica aos casos de fracionamento de prêmio.

17.3. As hipóteses previstas nas alíneas "a" e "b" dos subitens 17.1 e 17.2 anteriores serão definidas por prévio acordo entre as partes, que levará em conta a política da Seguradora, o tipo de custeio e o vínculo existente entre Estipulantes e Segurados, com definição expressa nas Condições Particulares da apólice.

17.4. É prevista a reabilitação da apólice ou do certificado individual a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o Segurado ou o Estipulante retomar o pagamento do prêmio, respondendo a Seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

17.5. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, na forma estabelecida nas Condições Gerais.

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

O não-pagamento do prêmio por parte do Segurado ou Estipulante nos prazos estipulados nas condições contratuais poderá acarretar o cancelamento da apólice ou certificado individual, se não houver regularização dos prêmios com até 90 (noventa) dias da parcela vencida e não paga.

18.1. O não-pagamento do prêmio por parte do Segurado implicará imediata suspensão de cobertura do seguro.

18.2. As apólices não poderão ser canceladas durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

18.3. O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

18.3.1. Nos demais casos, o cancelamento da apólice somente se dará quando terminar seu prazo de validade, ou por falta de pagamento, quando expirado o prazo de 90 (noventa) dias.

18.4. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, serão observadas as seguintes disposições:

- a) a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.
- b) quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição 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 subitem 12.9 anterior.

18.5. Se o Segurado, por si ou seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

18.5.1. Se houver por parte do Segurado inexistência ou omissão nas declarações, ainda que não resultem de má-fé do Segurado, a Seguradora terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença de prêmios

19. PERDA DE DIREITO

O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

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

19.1.1. Se a inexistência ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I. na hipótese de não-ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, retendo do prêmio originalmente pactuado a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura 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, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

19.2. O Segurado perderá o direito ao pagamento do capital segurado em caso de inobservância das obrigações convencionadas nas condições deste seguro.

19.3. O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que o 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 mudança de profissão/atividade, alteração de residência fixa para outro país ou a prática de esportes violentos ou de risco voluntário, tais como, exemplificativa, mas não exclusivamente: esportes aéreos, náuticos a motor, lutas e artes marciais, competição automobilística, o exercício de atividades amadora ou profissional a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres e/ou perigosos, são exemplos de incidentes suscetíveis de agravar o risco coberto e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que houve silêncio de má-fé. A comunicação desses incidentes é necessária tanto para o Segurado Principal quanto para o Segurado cônjuge, quando incluído no seguro.

19.3.2. 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.

19.3.3. 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. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Na hipótese de o Segurado, seus prepostos ou seus Beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

20.1. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no subitem anterior aplica-se aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos Beneficiários e aos seus respectivos representantes.

20.2. As coberturas garantidas por este certificado cessarão automaticamente:

20.2.1. Para o Segurado Principal

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) no caso de o Segurado, por qualquer motivo, vir a desligar-se do Estipulante, das apólices e, conseqüentemente, do grupo segurável, exceto no caso de aposentadoria;
- c) a partir da data em que o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da apólice deste seguro;
- d) quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio (custo), quando o custeio for contributivo;
- e) no caso de Coberturas Adicionais ou Especiais, além dos casos previstos anteriormente, com o cancelamento da respectiva cláusula;
- f) quando o Segurado for indenizado pela cobertura de morte acidental; ou
- g) com a inclusão do dependente no grupo segurável principal.

20.2.1.1. Não obstante o disposto nas alíneas "b" e "c" do subitem anterior, a cobertura do Segurado vigorará até o último dia do mês referente ao último prêmio pago, se o prêmio houver sido pago pelo Segurado antes daquelas datas.

20.2.2. Para o Segurado cônjuge, se incluído na apólice, o seguro será obrigatoriamente cancelado, além dos casos previstos de cancelamento da apólice e desta cláusula:

- a) nos casos de exclusão do Segurado Principal, inclusive por pagamento do capital total garantido por quaisquer das coberturas contratadas;
- b) no caso de separação judicial ou divórcio;
- c) no caso de cancelamento de seu registro, quando se tratar de companheira(o);
- d) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão do cônjuge for facultativa; ou
- e) com o pagamento do capital total garantido por quaisquer das coberturas contratadas.

20.2.3. Para o Segurado filho, se incluído na apólice, o seguro será obrigatoriamente cancelado, além dos casos previstos de cancelamento da apólice e desta cláusula:

- a) quando for cancelada a Cláusula de Inclusão de Cônjuge, na forma de inclusão automática;
- b) nos casos de exclusão do Segurado Principal, inclusive por pagamento do capital total garantido por quaisquer das coberturas contratadas;
- c) no caso de cessação da condição de dependente, quando o filho atingir 21 (vinte e um) anos de idade; ou como previsto no Regulamento do Imposto de Renda, ou, ainda, no caso de Coberturas Especiais, quando o filho atingir o limite de idade especificado na referida cláusula; ou
- d) a pedido do Segurado Principal.

21. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS

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

21.1. O mesmo prevalece para eventuais alterações das taxas do seguro.

21.2. Quando a alteração não implicar ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, ela poderá ser realizada apenas com a anuência do Estipulante.

21.3. Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas deste contrato somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

22. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

O índice pactuado para atualização de valores relativos às operações derivadas do presente contrato é o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou outro que venha a substituí-lo.

22.1. Os capitais segurados e os benefícios, pagos sob forma de renda, serão, a partir da data de sua concessão, atualizados anualmente, com base no índice pactuado, e acrescidos do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda.

22.2. A cláusula de recálculo a que se refere o subitem 9.17 anterior deverá prever a adequação dos valores do capital segurado e do benefício, assim como os respectivos prêmios e contribuições, aos novos valores de salários, mensalidades escolares, dívidas adquiridas ou outros fatores objetivos, em consonância com o plano de seguros contratado.

22.3. As contratações com vigência inferior a 1 (um) ano não poderão conter cláusula de atualização de valores.

22.4. MULTA E MORA

Os valores relativos às obrigações legais pecuniárias decorrentes das operações derivadas do presente contrato serão atualizados pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), ou outro que venha a substituí-lo, acrescidos, ainda, de multa de 2% não cumuláveis, calculados sobre o valor bruto da fatura, e de juros moratórios de 1/365 avos de 6%, para cada dia corrido de atraso e até a data do efetivo pagamento, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo legal fixado para o cumprimento da obrigação.

23. TAXA DE JUROS

Considerando a hipótese da transformação da indenização em renda, a taxa de juros deverá observar o limite máximo de 6% (seis por cento) ao ano ou sua equivalente efetiva mensal.

23.1. O limite de que trata o *caput* não se aplica a juros moratórios.

23.2. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato, são de 1/365 de 6%, sendo que, na sua falta, serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

24. REGIME FINANCEIRO

Considerando-se que o plano de seguro em questão é estruturado em regime financeiro de repartição, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante, exceto aqueles pagos a maior, por erro de cobrança da Seguradora, ou em caso de recusa da proposta de seguro em que o prêmio tenha sido pago antecipadamente.

24.1. O prêmio a ser restituído nas hipóteses do subitem anterior serão atualizados de IPCA/IBGE, ou outro índice que venha a substituí-lo.

25. SUB-ROGAÇÃO

Nos Seguros de Pessoas o Segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário, contra o causador do sinistro.

26. EXCEDENTES TÉCNICOS

Quando previsto na apólice, terão suas condições expressamente ratificadas nas Condições Particulares da apólice.

27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Estipulante e/ou corretor de seguro deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais e Particulares e a Nota Técnica Atuarial submetidas à Susep.

27.1. Todo o material de propaganda e promoção do seguro devem conter os seguintes elementos obrigatórios:

- a) aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;
- b) registro deste plano na Susep não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização;
- c) 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.

28. ROTINAS OPERACIONAIS

Para atender o objetivo do subitem 13.5 destas Condições Gerais, bem como a determinação da Susep, é imprescindível que o Estipulante encaminhe à Seguradora, mensalmente, por meio magnético, relação dos Segurados existentes, com suas correspondentes informações cadastrais solicitadas por ocasião da apresentação da proposta, bem como as pertinentes ao capital segurado, conforme último *layout* em vigor.

28.1. Cabe ressaltar que a inobservância ao item anterior sujeita o Estipulante e a Seguradora à pena de multas.

28.1.1. Quando não for possível ao Estipulante encaminhar a relação por meio magnético, a mesma poderá ser enviada em listagens impressas.

28.1.2. O Estipulante comunicará à Seguradora todas as inclusões e exclusões de Segurados, as quais serão devidamente registradas pela Seguradora, bem como informará previamente todas as modificações na situação do Segurado que impliquem a alteração de seus capitais, garantias e prêmios.

29. MOEDA

Todos os valores constantes dos documentos que integram as operações de seguro deverão ser expressos em moeda corrente nacional, vedada a utilização de unidade monetária de qualquer outra natureza.

30. IMPOSTOS

Fica entendido e acordado que, nos seguros, os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

31. CO-SEGURO

Quando o risco for assumido em co-seguro, a apólice indicará o nome da Seguradora que administrará o contrato e representará as demais para todos os seus efeitos, denominada Seguradora líder, bem como as demais Seguradoras participantes, e os seus respectivos limites de responsabilidade máxima assumida.

31.1. Inexiste responsabilidade solidária entre as Seguradoras.

32. FORO

Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do contrato de seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes deste contrato será o do domicílio do Segurado ou Beneficiário, conforme for o caso.

32.1. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição do foro diverso daquele previsto no item 32 anterior.

33. RATIFICAÇÃO

Ratificando o disposto no item 6 destas Condições Gerais, considerar-se-ão cobertos os riscos devidamente relacionados, em item específico, nas Condições Particulares da apólice, que fazem parte integrante e inseparável da apólice.

34. REGISTRO NA SUSEP

As condições deste seguro estão registradas junto à Susep no processo administrativo sob o número 15414.001930/97-29.

CLÁUSULA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO POR MORTE ACIDENTAL - MA

1. OBJETIVO

Esta cláusula adicional tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiário(s) do Segurado o pagamento do capital segurado adicional de até 100% do limite máximo individual de garantia da apólice para a Cobertura Básica, caso o Segurado venha a falecer em consequência de acidente coberto.

2. CONCEITO

Acidente pessoal é 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 o disposto nos riscos cobertos, descritos no item 3 posterior.

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no item 2, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- b) acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- e) acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos constantes do item 7 das Condições Gerais de Acidentes Pessoais Coletivo, não estão garantidos pela presente Cláusula Adicional:

- a) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) 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 inciso I deste artigo;
- e) acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
- g) acidente vascular cerebral;
- h) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
- i) parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo se provocados por acidente;
- j) choque anafilático e suas conseqüências.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre; todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.

6. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por invalidez permanente por acidente e morte acidental não se acumulam.

6.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

7. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ele comunicado pelo Estipulante ou seu representante, tão logo tenha conhecimento dele, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

7.1. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

7.1.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no Manual de Liquidação de Sinistros, com informações completas sobre o acidente.

8. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

O Beneficiário, para recebimento do capital segurado, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

8.1. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta dos Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

8.2. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o acidente.

8.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

9. CARÊNCIA

Para todas as cláusulas de coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no seguro. A referida carência e o mesmo prazo são observados na hipótese de aumento espontâneo e individual do limite máximo de garantia da apólice.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

Esta cláusula adicional tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de até 200% do capital segurado na Cobertura Básica, caso ele venha a ficar parcial ou totalmente inválido, em caráter permanente, em consequência de acidente coberto.

1.1. A cobertura de invalidez permanente por acidente garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

1.2. O percentual de cobertura escolhido para esta garantia é de livre escolha do Estipulante e será definido nas Condições Particulares da presente apólice.

2. CONCEITOS

Acidente pessoal é 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 o disposto nos riscos cobertos, descritos no item 3 posterior.

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no item 2, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a)** suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b)** acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c)** acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d)** acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- e)** acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f)** ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g)** choque elétrico e raio;
- h)** contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i)** tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- j)** infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e
- l)** queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos constantes do item 7 das Condições Gerais de Acidentes Pessoais Coletivo, não estão garantidos pela presente Cláusula Adicional:

- a)** doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b)** intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c)** 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d)** situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 6.1. das Condições Gerais;
- e)** acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza; e

- f) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
- g) a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente;
- h) acidente vascular cerebral.
- i) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
- j) parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo se provocados por acidente; e
- l) choque anafilático e suas conseqüências.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre; **todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.**

6. INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA)

No caso de invalidez permanente, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir:

TABELA PARA CÁLCULO DO PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

Invalidez Permanente Total	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100
Invalidez Permanente Parcial - Diversas	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25

Invalidez Permanente Parcial - Membros Superiores	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	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: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	---
Invalidez Permanente Parcial - Membros Inferiores	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
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 tibioperoneiros (perna)	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:	---
pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor 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 pagamento

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

6.1.1. 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%, 50% e 25%, respectivamente.

6.2. Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

6.3. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

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

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

7. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por invalidez permanente por acidente e morte acidental não se acumulam.

7.1. Se, depois de paga indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

8. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ele comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo tenha conhecimento dele, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

8.1. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

8.1.1. A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário e documentos correlatos, contidos no Manual de Liquidação de Sinistros, com informações completas sobre o acidente.

8.2. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

9. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

O Segurado ou Beneficiário, para recebimento do pagamento do capital segurado, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

9.1. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

9.2. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o acidente.

9.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

9.4. O Segurado se compromete a submeter-se a exames e/ou perícia médica solicitadas pela Seguradora, para comprovação e avaliação de seu grau de invalidez, quando julgados necessários pela mesma.

10. JUNTA MÉDICA

É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer à Seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

10.1. Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

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

11.1. A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

12. CARÊNCIA

Para todas as cláusulas de coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no seguro. A referida carência e o mesmo prazo são observados na hipótese de aumento espontâneo e individual do limite máximo de garantia da apólice.

13. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

CLÁUSULA ADICIONAL DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO)

1. OBJETIVO

A cobertura de despesas médicas, hospitalares e odontológicas garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

2. RISCOS COBERTOS

Despesas médico-hospitalares e odontológicas para eventos diretamente ligados a causas acidentais.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

São riscos excluídos da cobertura de DMH (Despesas Médico-Hospitalares), além daqueles previstos no item 7 das Condições Gerais de Acidentes Pessoais Coletivo, as despesas decorrentes de:

- a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;
- b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;
- c) despesas extraordinárias de internação, não relacionadas com o tratamento do Segurado e enfermagem de caráter particular;
- d) tratamentos clínicos ou cirúrgicos não éticos, ilegais ou não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Medicina e Farmácia e medicamentos também não reconhecidos por aquele Serviço;
- e) cirurgia plástica estética, exceto aquelas de caráter reparador para reconstrução de funções, danificadas em função de acidente coberto, e cuja finalidade não seja meramente estética;
- f) estadas em estâncias hidrominerais ou climáticas, mesmo por indicação médica;
- g) tratamentos relacionados a doenças;
- h) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, os estados septicêmicos e as embólias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- i) intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- j) 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 Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- l) situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no item 6.1. das Condições Gerais de Acidentes Pessoais Coletivo;
- m) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;
- n) acidentes decorrentes direta ou indiretamente de quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso de álcool, drogas, entorpecentes ou substâncias tóxicas;
- o) acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- p) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.
- q) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;
- r) parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo se provocados por acidente;
- s) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto; e
- t) choque anafilático e suas conseqüências.

3.1. A Seguradora não se eximirá do pagamento do capital segurado, quando a morte ou a incapacidade do Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

3.1.1. A omissão do Seguradora quanto à informação da prática de esportes violentos, quando do preenchimento da Proposta Individual de Adesão, se esta lhe foi exigida, é causa ensejadora da perda do direito ao capital segurado por esta cobertura.

4. DA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

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

5. CAPITAL MÁXIMO SEGURADO

Será definido nas Condições Particulares da apólice e, em qualquer hipótese, não poderá ultrapassar ao capital garantido pela Cobertura Básica.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, **todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.**

7. DA COMPROVAÇÃO DAS DESPESAS

As despesas médicas, hospitalares e odontológicas deverão ser devidamente comprovadas, mediante apresentação de Notas Fiscais originais e demais documentos necessários à comprovação do acidente, descritos no Manual de Liquidação de Sinistros.

8. CLÁUSULA DE CONCORRÊNCIA

Possuindo o Segurado mais de uma apólice, nesta ou em outra Seguradora, garantindo despesas médico-hospitalares, a responsabilidade desta Seguradora, nesta apólice, será igual à importância obtida pelo rateio do total de gastos efetuados, entre todas as apólices vigentes na data do sinistro, rateio este proporcional ao limite segurado para esta garantia em cada uma delas.

8.1. Pelo mesmo acidente, o reembolso não poderá superar o limite máximo contratado para a cobertura de DMH.

9. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

No caso de utilização do reembolso por esta cobertura, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, **observando-se que a soma de utilizações em um mesmo período contratual, ainda que por diferentes eventos, não poderá exceder ao capital segurado contratado na Cobertura Básica.**

9.1. A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

10. CARÊNCIA

Para todas as Cláusulas de Coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no seguro. A referida carência e o mesmo prazo são observados na hipótese de aumento espontâneo e individual do limite máximo de garantia da apólice.

11. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

TABELA DE DOCUMENTOS

Item	Descrição dos documentos	COBERTURAS				
		MA	IPA	DM H	DIT	IAF
1	Formulário Aviso de Sinistro (VDI-26) Na cobertura de IPA é imprescindível o reconhecimento de firma, por autenticidade, do médico que preencher o formulário Aviso de Sinistro. Ele deverá ser preenchido pelo Estipulante nas informações que lhe couberem prestar, com assinatura e carimbo do responsável	X	X	X	X	X
2	Ficha do empregado (no caso de apólices empregado/empregador)	X	X	X	X	X
3	Cópia do último contracheque (holerith) do Segurado, com o desconto do prêmio no mês do evento	X	X	X	X	X
4	Cópia da rescisão do contrato de trabalho, quando nesta houver desconto de prêmio de seguro	X	X	X	X	X
5	Certidão de Óbito	X	-	-	-	X
6	Carteira de Identidade e CPF do Segurado	X	X			X
7	Proposta Individual de Adesão	X	X	X	X	X
8	Formulário de indicação/Alteração de Beneficiários	X	-	-	-	-
9	Declaração de Herdeiros, assinada e com firma reconhecida, na falta de indicação de Beneficiários	X	-	-	-	-
10	Carteira de Identidade e CPF dos Beneficiários	X	X	X	X	X
11	Certidão de Nascimento ou Casamento, esta última pós-óbito, dos Beneficiários	X	-	-	-	-
12	Certidão de Casamento (emitida pós-óbito, em caso de sinistro na Cobertura de Inclusão Automática de Cônjuge)	X	-	-	-	-
13	Boletim de Ocorrência Policial	X	X	X	X	-
14	Laudo de necrópsia e laudos complementares	X	-			-
15	Inquérito Policial	X	X	X	X	X
16	Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente de trânsito	X	X	X	X	X
17	Relatório médico (especificando em percentuais o grau de incapacidade e o tipo de seqüelas e suas relações de causa e efeito com o déficit descrito)	-	X	-	-	-
18	Laudo do primeiro atendimento e laudos de exames complementares relacionados com o acidente	-	X	-	-	-
19	CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) habilitada por médico	-	X	-	-	-
20	Notas Fiscais originais discriminando as despesas médico-hospitalares e odontológicas realizadas em decorrência do acidente	-	-	X	-	-
21	Dados bancários do Segurado e/ou Beneficiário(s): <i>nome do banco, agência e n.º da conta-corrente</i> , em formulário específico (VG-76)	X	X	X	X	X
22	Comprovante de residência dos Beneficiários (água, luz, gás ou telefone)	X	X	X	X	X

1. Documentos

1.1. Os documentos solicitados devem ser apresentados em cópias autenticadas.

1.2. É facultado à Seguradora exigir o reconhecimento da firma, nos casos que julgar necessário; entretanto, será sempre exigido o reconhecimento de firma do médico que preencher o Aviso de Sinistro.

1.3. Laudos de Exame: Os exames complementares originais (filmes de Raio X, tomografias computadorizadas, ressonâncias nucleares magnéticas, exames laboratoriais e outros) NÃO DEVEM ser enviados, a não ser quando a área médica da Seguradora os solicitar. A documentação que deve ser enviada limita-se à cópia dos laudos especificando os resultados na íntegra, observadas as exigências da tabela de documentos, itens 17 e 18.

1.4. Sigilo Médico: Todos os documentos médicos deverão ser encaminhados, embalados, devidamente lacrados, sob tarja confidencial, aos cuidados da área médica da Generali. Quando da necessidade do envio de exames originais, estes deverão ser embalados de modo a não permitirem dobras, amassos, vincos ou quaisquer outras injúrias que possam causar dano de qualquer espécie ou intensidade. Após análise a área médica devolverá os mesmos em molde semelhante e sob os cuidados do representante local da Seguradora, onde os mesmos estarão disponíveis para devolução Segurados/beneficiários.

1.5. Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) – Toda CAT, para quaisquer situações previstas na legislação, deve ser aberta com citação de 2 (duas) testemunhas e devidamente habilitadas por médico, no verso.

1.6. Procurações por Instrumento Particular - Sempre em original e com firma do outorgante reconhecida. Tanto o outorgante como o outorgado devem estar claramente qualificados com o n.º do documento de identidade e do CPF, naturalidade, estado civil, profissão e endereço, devendo ser específica para a Generali, dando poderes ao outorgado para receber e dar quitação.

1.7. Documentação complementar: Dependendo das circunstâncias da ocorrência do sinistro, a Seguradora poderá exigir outros documentos que esclareçam tais circunstâncias e que não constam da tabela acima.

2. **Recibos:** Os recibos de pagamento do capital segurado, assinados pelos beneficiários com a anotação do número da Carteira de Identidade e CPF, devem ser devolvidos de imediato à Seguradora.

2.1. Beneficiários analfabetos ou impossibilitados de assinarem - A quitação será a rogo, com a aposição da impressão digital do beneficiário e a assinatura de duas testemunhas, com identificação através da anotação do número da carteira de identidade.

3. Preenchimento do Aviso de Sinistro (VDI-26):

a) **Morte Acidental** - Deverão ser preenchidos todos os campos referentes à frente do formulário, sendo que, nas assinaturas do Estipulante, devem constar carimbo com endereço e CNPJ, e, do médico assistente, carimbo com CRM e reconhecimento de firma deste último;

a.1) deve-se SEMPRE proporcionar meio de contato com o médico assistente;

3.1. Devem ser preenchidos todos os itens pelo Estipulante, Segurado, declarante e/ou médico assistente do Segurado, no que lhes couber, com as respectivas assinaturas e carimbos. O verso do formulário (parte superior) deverá ser preenchido pelo médico assistente do Segurado, descrevendo com clareza as lesões, comprometimentos, seqüelas e perdas funcionais resultantes e decorrentes do acidente, para melhor avaliação do estado de invalidez. Para facilitar esta tarefa, apresentamos, no item posterior, exemplos de descrição de seqüelas e perdas funcionais que, seguidos pelo médico assistente, nos fornecerá informações mais precisas que abreviarão a análise do sinistro, apressando sua liquidação. Sempre que houver necessidade de maiores esclarecimentos quanto ao grau de invalidez, não compreendidos e/ou insuficientes na documentação apresentada, poderá ser exigida uma perícia médica, a ser realizada segundo orientação da área médica da seguradora, sendo esta uma prerrogativa técnica cujas orientação do modo e deliberação deverão ser da responsabilidade exclusiva da Matriz da Seguradora, assim como a realização de juntas médicas e sindicâncias de esclarecimentos.

4. Exemplo de Descrição de Seqüelas e Perdas Funcionais

4.1. Membros Superiores

a) **Amputações** - Descrever exatamente o nível da amputação (braço, antebraço, mão e dedos).

Exemplo: terço inferior do braço (à altura do cotovelo), articulação interfalangiana proximal do 2º quirodactilo (dedo da mão);

b) **Paralisias** - Descrever o segmento e os movimentos paralisados. Estimar o grau de comprometimento e a perda funcional decorrente. Descrever sinais visíveis na região (espasmos, atrofia).

Exemplo: Comprometimento parcial da musculatura responsável pela flexão do antebraço direito, causando prejuízo funcional, equivalente a 30% do membro superior direito;

c) Restrição de movimento:

c.1) Ombro: redução da elevação, abdução, adução (sempre estimando a intensidade), presença de atrofia (descrever localização exata e grau), impotência funcional dolorosa.

c.2) Cotovelo: redução da flexão, supinação ou pronação do antebraço (estimando o grau), atrofia muscular do braço ou antebraço;

c.3) Punho: redução da flexão ou extensão;

c.4) Mão: deformação, desvios ou deformidade dos dedos, atrofia musculares nas mãos.

Observação.: Deve ser esclarecido se existem outras afecções que acometem os segmentos atingidos, como traumas, artroses, osteoporose, lesões anteriores, que possam interferir na recuperação do Segurado.

4.2. Membros Inferiores

a) Amputações - Descrever o nível exato (coxa, perna, pé e artelhos);

b) Paralisias - Descrever o segmento e os movimentos paralisados. Estimar o grau de comprometimento e a perda funcional decorrente. Descrever sinais visíveis na região (espasmos, atrofia).

Exemplo: Comprometimento parcial da musculatura responsável pela flexão de perna direita, causando prejuízo funcional, equivalente a 50% do membro inferior direito;

c) Restrição de movimento:

c.1) Articulação coxo-femural - flexão, extensão, abdução, adução da coxa;

c.2) Joelho - redução da flexão da perna (estimando o grau), atrofia musculares na coxa e perna;

c.3) Tornozelo - redução da flexão e extensão do pé (estimando o grau);

c.4) Pé - deformidades, amputações;

d) Encurtamento de membros - Expressar as reduções e as datas em que estas ocorreram. Informar os métodos utilizados e documentar com envio de laudo de exame complementar que comprove o resultado;

e) Prejuízo de ambulação (marcha) - Estimar e descrever condições que comprometem o deslocamento do Segurado.

4.2.1. Deve ser esclarecido se existem outras afecções que acometem os segmentos atingidos, como traumas, artroses, osteoporose, lesões anteriores, que possam interferir na recuperação do Segurado.

4.2.2. Todos os comprometimentos e suas respectivas perdas de função devem ser esclarecidos de modo que se possa compreender a relação de causa e efeito, com clareza, assim como devem ser estabelecidos os graus de perda funcional então decorrentes.

4.2.3. Quando houver prejuízo funcional das mãos e/ou da marcha, devem ser caracterizados, além da perda funcional setorial, a estimativa de comprometimento global do Segurado, de acordo com o prognóstico evolutivo e a expectativa de recuperação decorrente dos planos de tratamento.

4.2.4 Em caso de traumas de partes moles (mãos, braços, coxas), lesões articulares (cotovelo, quadril), fraturas e outras lesões de extremidades, poderão ser solicitados pela área médica da Seguradora os "filmes" originais dos exames complementares realizados pelo Segurado (Raio X, Tomografia).

5. Documentos que Qualificam e Habilitam o Beneficiário

a) Cônjuge - Certidão de Casamento, expedida pelo cartório após óbito do Segurado e identidade e CPF;

b) Pais - Certidão de Nascimento, de Casamento e carteira de identidade e CPF;

c) Filhos - Certidão de Nascimento, de Casamento e carteira de identidade e CPF;

d) Filhos menores - tratando-se de menores impúberes (até 16 anos), quando tiverem tutor natural (pai ou mãe), o pagamento do capital segurado poderá ser efetuado a um deles, que receberá em nome do menor em função do pátrio poder.

Caso não haja tutor natural, será necessário Termo de Tutela e Alvará Judicial autorizando expressamente à Generali do Brasil a fazer a liquidação do pagamento do capital Segurado, junto a cópia da identidade e CPF do tutor nomeado. Os menores púberes (16 a 18 anos) recebem o pagamento do capital segurado assistidos pelos pais ou responsáveis;

e) Companheira(o) do Segurado - caso o(a) Segurado(a) tenha designado sua(seu) companheira(o) como beneficiária(o) e seja solteiro(a), viúvo(a), separado(a) consensualmente ou divorciado(a), deverá ser apresentada cópia da carteira profissional do Segurado(a) com a averbação de dependência junto ao INSS, junto a cópia da identidade e CPF do(a) companheiro(a).. Inexistindo a averbação, apresentar cópia da Declaração do Imposto de Renda onde conste a(o) companheira(o) como dependente, nos termos da legislação pertinente ou prova de união estável. Caso o(a) Segurado(a) seja casado(a) e tenha indicado sua(seu) companheira(o) como beneficiária(o), o pagamento do capital segurado será feito de acordo com a orientação, em cada caso, do nosso departamento jurídico.

f) Outras cláusulas beneficiárias (parentes ou amigos) - deverá ser encaminhada cópia da carteira de identidade e CPF do beneficiário;

g) Beneficiário falecido - Certidão de Óbito. Caso a morte do beneficiário seja anterior ao óbito do Segurado, a parte do beneficiário falecido é revertida aos demais beneficiários. Caso a morte do beneficiário seja posterior ao óbito do Segurado, a parte do primeiro será indenizada conforme legislação em vigor.

GLOSSÁRIO GERAL

ADITIVO: condição suplementar incluída no contrato de seguro. O termo aditivo também é empregado no mesmo sentido de endosso.

AGENCIAMENTO: trabalho de convencimento feito junto a pessoas seguráveis a fim de que elas firmem adesão, por meio de Proposta Individual de Adesão, ao Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais Coletivo, total ou parcialmente contributários.

ÂMBITO DE COBERTURA: abrangência da cobertura em determinado tipo de seguro, ou seja, a delimitação entre riscos que estão cobertos e os que não estão.

APÓLICE: documento emitido pela Sociedade Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos.

ASSISTIDO: Beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado sob a forma de renda.

AVISO DE SINISTRO: comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que tenha conhecimento dele.

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

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

CAPITAL SEGURADO: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro.

CARREGAMENTO: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

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

CLÁUSULA ADICIONAL: cláusula suplementar, adicionada ao contrato, estabelecendo condições suplementares. Em geral, as apólices de seguros já trazem impressas as cláusulas reguladoras do contrato (Condições Gerais), daí a necessidade de cláusulas adicionais para a estipulação de novas condições, conforme a natureza do seguro.

COBERTURA: proteção conferida por um contrato de seguro ou de resseguro. Também chamada como garantia, com a qual por vezes se confunde.

COBERTURA BÁSICA: cobertura principal de um ramo. É básica porque sem ela não é possível emitir uma apólice. A ela são agregadas as Coberturas Adicionais, Acessórias ou Suplementares, se ou quando for o caso.

COBERTURAS DE RISCO: coberturas do Seguro de Pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data predeterminada.

CONDIÇÃO PARTICULAR DO SEGURO: disposição introduzida na apólice com a finalidade de destacar, enfatizar, especificar e ratificar determinados aspectos da cobertura, enfocados de forma particular.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO: disposições anexadas à apólice e que modificam as Condições Gerais, ampliando ou restringindo as suas disposições.

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.

CONTRATO: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e as obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

CONSIGNANTE: pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos Segurados.

CORRETOR DE SEGUROS: perante a legislação brasileira, o corretor é o intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e a promover contratos de seguro, entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, podendo ser brasileiro ou estrangeiro, se pessoa física, mas com residência permanente no país. Ao corretor é permitido ter prepostos de sua livre escolha, bem como designar, entre eles, o que o substitua nos seus impedimentos ou faltas. A habilitação do corretor ao exercício da profissão depende da obtenção de um diploma de aprovação em exame promovido pela FUNENSEG.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (DPS): questionário, normalmente integrante da Proposta Individual de Adesão, no qual o proponente do Seguro de Vida, individual ou em grupo, presta as informações sobre seu estado de saúde e por elas se responsabiliza, sob as penas previstas no Código Civil, substituindo o exame médico.

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

ESTORNO DE PRÊMIO: retificação de erro cometido, ao lançar, indevidamente, um prêmio ou parcela do mesmo, em crédito ou débito.

EVENTO: toda e qualquer ocorrência ou acontecimento passível de ser garantido por uma apólice de seguro.

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

FATOR DE CÁLCULO: resultado numérico, calculado mediante a utilização de taxa de juros e tábua biométrica, quando for o caso, empregado para obtenção do valor do capital segurado pagável sob a forma de renda.

GARANTIA: ver Coberturas de Risco.

GRUPO SEGURADO: totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

GRUPO SEGURÁVEL: totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúnem as condições para inclusão na apólice coletiva.

INDENIZAÇÃO: valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

ÍNDICE DE SINISTRALIDADE: coeficiente ou percentagem que indica a proporção existente entre o custo dos sinistros, ocorridos num conjunto de riscos ou carteira de apólices, e o volume global dos prêmios advindos de tais operações no mesmo período.

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

LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA DA APÓLICE: importância em dinheiro fixada na apólice, correspondente ao valor máximo estabelecido para o maior capital objeto do seguro. Pode ser fixo, quando o capital segurado é pago integralmente (Seguros de Vida, por exemplo), ou proporcional, quando o capital segurado é apurado segundo os danos sofridos (invalidez parcial).

LIMITE MÁXIMO INDIVIDUAL DE GARANTIA DA APÓLICE: importância em dinheiro fixada na apólice, correspondente ao valor máximo individual contratado para cada Segurado equivale ao capital individual segurado.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO: processo para pagamento de indenizações ao Segurado.

MIGRAÇÃO DE APÓLICES: transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

NOTA TÉCNICA ATUARIAL: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na Susep previamente à comercialização.

NATIMORTO: aquele que nasceu morto ou que, tendo vindo à luz com sinais de vida, logo morreu.

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

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

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

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

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

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

PRÓ-LABORE: denominação dada também à comissão de administração, sob a forma percentual, devida enquanto vigorar a apólice, pagável ao Estipulante ou a quem este indicar para administrar o Seguro de Vida em Grupo e/ou Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

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

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

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

REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL: restabelecimento da importância segurada, após o sinistro e o pagamento do capital segurado pelo evento coberto.

RENDA: série de pagamentos periódicos a que tem direito o assistido (ou assistidos), de acordo com a estrutura do plano.

RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA: modalidade de renovação na qual o seguro permanece em vigor, sempre que não exista manifestação em contrário de uma ou de ambas as partes contratantes.

RESSEGURADOR: pessoa jurídica, Seguradora e/ou Resseguradora, que aceita, em resseguro, a totalidade ou parte das responsabilidades repassadas pela Seguradora direta, ou por outros Resseguradores, recebendo esta última operação o nome de retrocessão.

RISCO: evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro. O risco é a expectativa de sinistro. Sem risco não pode haver contrato de seguro. É comum a palavra ser usada, também, para significar a coisa ou pessoa sujeita ao risco.

RISCOS EXCLUÍDOS: são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano.

SALDAMENTO: direito à manutenção da cobertura com redução proporcional do capital segurado contratado na eventualidade da interrupção definitiva do pagamento dos prêmios.

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

SEGURADO PRINCIPAL: pessoa física ou jurídica que, tendo interesse segurável, contrata o seguro em seu benefício pessoal ou de terceiros.

SEGURO: contrato pelo qual uma das partes se obriga, mediante cobrança de prêmio, a indenizar outra pela ocorrência de determinados eventos ou por eventuais prejuízos. É a proteção econômica que o indivíduo busca para prevenir-se contra a necessidade aleatória.

SEGURO DE PESSOAS COM CAPITAL GLOBAL: modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, respeitados os critérios técnico-operacionais, forma e limites fixados pela Susep, segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

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

SINISTRO: ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

TABELA PRICE: tabela que apresenta coeficiente que permite cálculo da prestação de um financiamento ou de uma renda para pagamento em valores iguais e sucessivos, já incluídos o principal e os juros. O cálculo é feito pela simples multiplicação do capital ou da dívida pelo coeficiente correspondente ao prazo em que a dívida/renda será paga.

TÁBUA DE MORTALIDADE: definida como “o instrumento destinado a medir as probabilidades de vida e de morte”. Consiste, na sua forma mais elementar, em uma tabela que registra, de um grupo inicial de pessoas da mesma idade, o número daquelas que vão atingindo as diferentes idades, até a extinção completa do referido grupo.

TAXA: elemento necessário à fixação das tarifas de prêmios, cálculo de juros, reservas matemáticas etc. A taxa é uma percentagem fixa, que se aplica a cada caso determinado, estabelecendo a importância necessária ao fim visado. Nos Seguros de Vida em Grupo, é comum encontrar taxas expressas em miligramas (%o).