

Sumário

CLÁUSULA 1ª -	INFORMAÇÕES PRELIMINARES	3
CLÁUSULA 2ª -	OBJETIVO DO SEGURO	3
CLÁUSULA 3ª -	RISCOS COBERTOS.....	3
CLÁUSULA 4ª -	RISCOS EXCLUÍDOS	4
CLÁUSULA 5ª -	ACEITAÇÃO DO SEGURO.....	5
CLÁUSULA 6ª -	CAPITAL SEGURADO	6
CLÁUSULA 7ª -	ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA.....	6
CLÁUSULA 8ª -	CARÊNCIAS E FRANQUIAS	6
CLÁUSULA 9ª -	PAGAMENTO DO PRÊMIO	7
CLÁUSULA 10ª -	ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS.....	9
CLÁUSULA 11ª -	BENEFICIÁRIOS	10
CLÁUSULA 12ª -	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	10
CLÁUSULA 13ª -	VIGÊNCIA DO SEGURO.....	12
CLÁUSULA 14ª -	RENOVAÇÃO DA APÓLICE.....	12
CLÁUSULA 15ª -	CANCELAMENTO DO SEGURO.....	12
CLÁUSULA 16ª -	PERDA DE DIREITO.....	13
CLÁUSULA 17ª -	CESSAÇÃO DA COBERTURA	14
CLÁUSULA 18ª -	ALTERAÇÃO CONTRATUAL	14
CLÁUSULA 19ª -	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA.....	14
CLÁUSULA 20ª -	MULTA E MORA.....	15
CLÁUSULA 21ª -	REGIME FINANCEIRO.....	15
CLÁUSULA 22ª -	SUB-ROGAÇÃO	15
CLÁUSULA 23ª -	DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO	15
CLÁUSULA 24ª -	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	16
CLÁUSULA 25ª -	FORO	16
	GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS	17
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL (M)	20
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MA).....	22
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA) .	24
	CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)	28
	CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	31
	ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL DA COBERTURA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPD)	37

1º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS	37
2º DOCUMENTO - TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS	38
3º DOCUMENTO - TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE.....	38
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE - (DMHO-A)	39
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE (DIT-A)	41
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA CAUSADA POR ACIDENTE OU DOENÇA (DIT-AD).....	44
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE (DIH-A).....	47
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DIÁRIAS POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA (DIH-AD)	50
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE DOENÇA GRAVES	53
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE QUEIMADURA GRAVE (QG).....	56
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXILIO FUNERAL – AXF-M	58
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXILIO FUNERAL – AXF-MA.....	60
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXILIO CESTA BÁSICA – AXCB-M	62
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXILIO CESTA BÁSICA – AXCB-MA	64
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXILIO EMERGENCIAL – AXE-M	66
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXILIO EMERGENCIAL – AXE-MA.....	68
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	70
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA – RT-M	73
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA – RT-MA.....	75
CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE RESCISÃO TRABALHISTA - RT-IPTA.....	77
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE – IC.....	80
CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS - IF.....	82

PARTE I

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO COLETIVO DE PESSOAS

CLÁUSULA 1ª - INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco;**
- 1.2. Somente mediante entrega de proposta, preenchida e assinada pelo Segurado, por seu representante legal, ou corretor de seguros habilitado, o presente seguro poderá ser contratado, alterado, prorrogado ou renovado;**
- 1.3. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização;**
- 1.4. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF;**
- 1.5. Mediante a contratação deste seguro, somente serão consideradas como coberturas contratadas aquelas expressamente ratificadas na apólice, tornando-se nulas e sem efeitos quaisquer outras a seguir descritas.**
- 1.6. Para as situações não previstas nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil;**
- 1.7. Mediante a contratação deste seguro, o Segurado e/ou Estipulante aceitam as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Contratuais.**

CLÁUSULA 2ª - OBJETIVO DO SEGURO

O objetivo deste seguro é garantir o pagamento da indenização ao próprio Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos pelo seguro, desde que previsto nas condições e cláusulas deste seguro e de acordo com as coberturas contratadas pelo Estipulante.

CLÁUSULA 3ª - RISCOS COBERTOS

3.1. Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos àqueles expressamente convencionados nas cláusulas das coberturas devidamente ratificadas na Apólice, que dela fazem parte integrante e inseparável, e que, salvo expressa menção em contrário, ocorram em todo o globo terrestre.

3.2. COBERTURAS

3.2.1. As coberturas que poderão ser contratadas são as seguintes:

- a. Morte Natural ou Acidental (M);
- b. Morte Acidental (MA);
- c. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA);
- d. Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA);
- e. Invalidez Permanente Funcional por Doença (IFPD);
- f. Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidentes (DMHO-A);
- g. Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente (DIT-A);
- h. Diária por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente e Doença (DIT-AD);
- i. Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIH-A);
- j. Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente e Doença (DIH-AD);
- k. Doenças Graves – (DG);
- l. Queimadura Grave (QG);
- m. Auxílio Funeral – Morte Natural ou Acidental – (AXF-M);
- n. Auxílio Funeral – Morte Acidental – (AXF-MA);
- o. Auxílio Cesta-Básica – Morte Natural ou Acidental – (AXCB-M);

- p. Auxílio Cesta-Básica – Morte Acidental – (AXCB-MA);
- q. Auxílio Emergencial – Morte Natural ou Acidental – (AXE-M);
- r. Auxílio Emergencial – Morte Acidental – (AXE-MA);
- s. Assistência Funeral:
 - Individual
 - Familiar
 - Familiar Ampliado
- t. Rescisão Trabalhista – Morte Natural ou Acidental – (RT-M);
- u. Rescisão Trabalhista – Morte Acidental – (RT-MA);
- v. Rescisão Trabalhista – Invalidez Permanente Total por Acidente – (RT-IPTA);

3.3. CLÁUSULAS SUPLEMENTARES:

- a. Inclusão de Cônjuge (IC);
- b. Inclusão de Filho (IF).

3.4. As coberturas poderão ser contratadas isoladamente, exceto as Cláusulas Suplementares que estarão vinculadas as coberturas do Segurado Principal.

3.4.1. Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de segurado principal ou segurado dependente.

3.4.2. As coberturas contratadas estarão expressamente ratificadas na Apólice.

CLÁUSULA 4ª - RISCOS EXCLUÍDOS

4.1. Estão expressamente excluídos das coberturas contratadas pelo presente Seguro, os sinistros 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, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e deles decorrentes;
- c. atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante, de um ou de outro;
- d. atos ilícitos dolosos praticados pelos sócios controladores do Estipulante, seus dirigentes e/ou administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes;
- e. doenças e acidentes pessoais preexistentes, assim entendido: estados mórbidos e doenças contraídas anteriormente à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas no ato da contratação, bem como os acidentes pessoais sofridos pelo segurado antes da contratação do seguro;
- f. suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência, ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados: - Do início de vigência individual do seguro; ou - Da solicitação de aumento de capital segurado feita exclusivamente pelo segurado/estipulante. Nesta hipótese a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado;
- g. epidemias, pandemias, envenenamento de caráter coletivo assim declaradas por órgão competente;
- h. tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- i. tratamentos e procedimentos relativos à obesidade mórbida inclusive gastroplastia redutora, doenças congênitas, esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente pessoal;
- j. choque anafilático e suas consequências, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente pessoal ou doença coberto;
- k. qualquer tipo de hérnia e suas consequências exceto quando decorrente de acidente pessoal;
- l. de parto ou aborto e suas consequências, exceto quando decorrentes de acidente pessoal coberto
- m. perda de dentes e danos estéticos;
- n. procedimentos não previstos no código brasileiro de ética médica e os não reconhecidos pelo serviço nacional de fiscalização de medicina e farmácia.

- o. ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei.**

4.2. Além dos Riscos Excluídos acima, deverão ser considerados os constantes na Cláusula das Condições Especiais no item RISCOS EXCLUÍDOS da respectiva cobertura contratada.

CLÁUSULA 5ª - ACEITAÇÃO DO SEGURO

5.1. A celebração ou alteração deste Seguro somente poderá ser feita mediante proposta de contratação assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado. A adesão dos segurados à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, pelo proponente, da proposta de adesão e desta deverá constar cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

5.2. 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.

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

5.3. 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, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

5.4. Caso o proponente do seguro seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no subitem 5.3. anterior.

5.4.1. No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 6.3 anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

5.5. Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, os prazos previstos no subitem 6.3 anterior serão suspensos, até que o ressegurador se manifeste formalmente sobre a aceitação.

5.5.1. 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.

5.6. A Seguradora procederá, obrigatoriamente, à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação da Seguradora nos prazos previstos acima caracterizará a aceitação tácita da proposta.

5.7. Em caso recusa do risco onde 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.

5.8. 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.

5.9. A data de aceitação da proposta será aquela em que a Seguradora se manifestar formalmente ou a de término dos prazos previstos no subitem 5.3 anterior, nesta última hipótese, em caso de ausência de manifestação formal em contrário, por parte da Seguradora.

5.10. A Seguradora providenciará, obrigatoriamente, a emissão e envio do certificado individual no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

CLÁUSULA 6ª - CAPITAL SEGURADO

6.1. O Capital Segurado é o valor máximo, expressos em moeda corrente nacional, para a Cobertura contratada a ser pago pela seguradora em caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

6.2. O Capital escolhido pelo Estipulante estará especificado na Apólice e/ou Contrato e o valor do Capital Segurado Individual estará descrito de forma expressa na Apólice/Certificado Individual de Seguro.

6.3. O Segurado/Estipulante poderá solicitar aumento do Capital Segurado, mediante solicitação por escrito à seguradora, que analisará a aceitação ou não e responderá formalmente, as novas condições e alterações de prêmio, se aplicável.

6.4. Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros:

- a. Para a cobertura de Morte Natural ou Acidental (M); Auxílio Funeral – Morte Natural ou Acidental – (AXF-M); Auxílio Cesta-Básica – Morte Natural ou Acidental – (AXCB-M); Auxílio Emergencial – Morte Natural ou Acidental – (AXE-M); Rescisão Trabalhista – Morte Natural ou Acidental – (RT-M); Assistência Funeral (Individual, Familiar ou Familiar Ampliado): a data do falecimento.
- b. Para a cobertura de Morte Acidental (MA); Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA); Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidentes (DMHOA); Queimadura Grave (QG); Auxílio Funeral – Morte Acidental – (AXF-MA); Auxílio Cesta-Básica – Morte Acidental – (AXCB-MA); Auxílio Emergencial – Morte Acidental – (AXE-MA); Rescisão Trabalhista – Morte Acidental – (RT-MA); Rescisão Trabalhista – Invalidez Permanente Total por Acidente – (RT-IPTA): a data do acidente.
- c. Para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente por Doença considera-se como data do evento, a data da constatação da invalidez funcional permanente e total indicada na declaração médica.
- d. Para a cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente (DITA) e Diária por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente e Doença (DITAD): a data do afastamento, mediante comprovação por laudo médico.
- e. Para a cobertura de Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente (DIHA), Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente e Doença (DIHAD); A data da internação.
- f. Para a cobertura de Doença Grave – Infarto (DG): a data do diagnóstico do infarto, mediante a comprovação por laudo médico, conforme especificado nas Condições Especiais do seguro.

6.5. Quando houver pagamento de prêmio único ou de periodicidade anual, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.

CLÁUSULA 7ª - ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

7.1. Estarão cobertos os sinistros ocorridos em todo o globo terrestre, salvo disposição em contrário, constante nos documentos do seguro, tais como, mas não se limitando a: Proposta de Contratação, Proposta de Adesão, Aditivos, entre outros.

CLÁUSULA 8ª - CARÊNCIAS E FRANQUIAS

8.1. FRANQUIA: Em caso de período de franquia estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, esta será definida na Apólice/Certificado Individual e estará devidamente especificado nas Condições Especiais.

8.2. CARÊNCIA: É o período contínuo, contado a partir da data de início de Vigência da Apólice/ Certificado Individual ou do aumento do Capital Segurado por solicitação do Segurado/Estipulante, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito ao recebimento da Indenização.

8.2.1. Em caso de período de carência estipulado para as Coberturas previstas nestas Condições Gerais, este será definida na Apólice/Certificado Individual, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência do Seguro e será contado a partir do início de vigência individual.

8.2.2. Há carência de dois anos, para qualquer Cobertura, contados a partir da Vigência inicial do Contrato, ou da sua recondução, depois de suspensão, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado.

8.2.3. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

CLÁUSULA 9ª - PAGAMENTO DO PRÊMIO

9.1. Para fins deste Seguro, a forma de custeio será estabelecida contratualmente, levando em consideração as seguintes possibilidades:

- a. Não contributário: aquele em que os Segurados não pagam Prêmio, cabendo a responsabilidade pelo pagamento do Prêmio exclusivamente ao Estipulante;
- b. Contributário: Aquele em que os Segurados pagam Prêmio, parcial ou totalmente.

9.2. O prêmio do seguro poderá ser pago à vista, parcelado ou pagamentos mensais, bimestrais, trimestrais, quadrimestrais ou semestrais durante o período de vigência da Apólice.

9.3. O não pagamento do prêmio à vista, no caso de parcela única, ou o não pagamento da primeira parcela, na data prevista no documento de cobrança, implicará o cancelamento automático do seguro independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial e a perda de direito de qualquer cobertura securitária prevista no contrato, independentemente do momento em que ocorra o sinistro.

9.4. O não pagamento das demais parcelas de prêmio após a primeira na data do vencimento constitui o estipulante em mora, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

9.4.1. Será adotado o prazo de Tolerância de 60 (sessenta) dias, durante o qual a falta de pagamento do Prêmio não ensejará o imediato cancelamento do seguro. Em caso de ocorrência de sinistro coberto nesse período, a indenização será paga deduzida dos prêmios devidos nesse período e não pagos, sendo estes acrescidos de multa e juros moratórios nos termos da legislação específica e conforme estabelecido na cláusula MULTA E MORA da presente Condições Gerais.

9.4.2. Em se mantendo a inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias contados a partir da data do primeiro vencimento da primeira fatura em aberto, a apólice será cancelada.

9.4.2.1. Não será considerando para fins de contagem de prazo, data de vencimento que sejam prorrogadas, sempre será considerada para contagem do prazo citado no subitem 9.4.2. a data do primeiro vencimento gerado para parcela em atraso.

9.5. O prêmio do seguro poderá ser parcelado, no caso de parcelamento de prêmio e configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequente à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, utilizando o cálculo da base “pro rata temporis” ou utilizando a Tabela de Prazo Curto especificada a seguir:

TABELA DE PRAZO CURTO

Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso	Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso
13%	5%	73%	53%
20%	9%	75%	57%
27%	13%	78%	62%
30%	17%	80%	66%
37%	21%	83%	70%

Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso	Relação % entre a Parcela do Prêmio Pago e o Prêmio Total da Apólice ou endosso	% a ser aplicado sobre a vigência original da apólice ou endosso
40%	25%	85%	74%
46%	29%	88%	79%
50%	33%	90%	83%
56%	37%	93%	87%
60%	41%	95%	91%
66%	45%	98%	95%
70%	49%	100%	100%

Nota: Para percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

9.6. A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao segurado, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato, que será efetuado ainda que o segurado ou estipulante, conforme o caso alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

9.7. O prazo limite para o pagamento do prêmio é a data de vencimento estipulada no documento de cobrança. Se esta data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver expediente.

9.8. Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela não quita nem dá direito ao segurado à cobertura do seguro, se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

9.9. O segurado e o estipulante obrigam-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que está possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição da correspondência de aviso de cancelamento.

9.10. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os segurados, a seguradora poderá delegar ao estipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. O não repasse à seguradora de prêmios recolhidos pelo estipulante não poderá prejudicar o segurado.

9.11. É expressamente vedado ao estipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao estipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

9.12. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o estipulante ou subestipulante não poderá interromper o recolhimento, salvo nos casos de cancelamento da apólice, de perda do vínculo empregatício ou por solicitação por escrito do segurado. Nesses casos, se o segurado optar por continuar com a cobertura do seguro, deverá assumir o custeio integral das respectivas coberturas.

9.13. Servirão como comprovante de pagamento de prêmios: o recibo de pagamento, o comprovante do débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a comprovação do desconto em folha de pagamento. Para as demais formas de pagamento acordadas entre estipulante e seguradora, os comprovantes serão aqueles definidos no contrato.

9.14. As taxas e os prêmios de seguro serão reavaliados anualmente junto ao estipulante, por ocasião da renovação da apólice, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial deste seguro. Caso haja, na renovação, alteração da taxa do seguro que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado para que esta possa ser implementada, sem prejuízo da faculdade da seguradora de rescindir o seguro, mediante comunicação aos segurados e ao estipulante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

9.15. O não pagamento do prêmio até a data de vencimento correspondente, implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica e conforme estabelecido na cláusula MULTA E MORA da presente Condições Gerais.

CLÁUSULA 10ª - ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

10.1. É expressamente vedada a atuação como Estipulante deste Seguro:

- a. Corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes; e
- b. Seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.

10.2. A vedação estabelecida no subitem 10.1 anterior não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.

10.3. 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 consequente repasse em favor da Seguradora.

10.4. 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, $\frac{3}{4}$ (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.

10.5. São obrigações do Estipulante:

- a. fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por àquela, 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, 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;
- k. fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

- l. informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.
- m. **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.**

CLÁUSULA 11ª - BENEFICIÁRIOS

11.1. 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.

11.1.1. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

CLÁUSULA 12ª - LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

12.1. Ocorrendo um evento coberto, para o recebimento da indenização, 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. Os documentos básicos necessários para Liquidação de Sinistro são descritos abaixo:

12.1.1. Para todos os eventos:

- a. Formulário “Aviso de Sinistro”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou Beneficiário;
- b. Formulário “Autorização para Crédito de Indenização”, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado ou Beneficiário em caso de morte do segurado;
- c. Comprovante de endereço da residência do Segurado e do Beneficiário em caso de morte do segurado;

DO SEGURADO

- RG (cópia autenticada);
- CPF (cópia autenticada);
- Certidão de Nascimento ou Casamento (cópia autenticada do documento atualizado);
- Cópia da Ficha de Registro do Empregado, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo vínculo com o Estipulante / Subestipulante seja empregatício;
- Cópia dos 3 (três) últimos comprovantes de salário, quando se tratar de Apólice Coletiva, cujo vínculo com o Estipulante / Subestipulante seja empregatício;
- Cópia do contrato de prestação de serviço, em apólices em que o vínculo entre Estipulante / Subestipulante e segurado seja o vínculo de prestação de serviços;
- Cópia do CAGED do mês anterior ao evento, em apólices em que o vínculo entre Estipulante / Subestipulante e segurado seja o vínculo empregatício.

DO(S) BENEFICIÁRIO(S)

- PAIS: RG e CPF (cópias autenticadas);
- CÔNJUGE: Certidão de Casamento, RG e CPF (cópias autenticadas);
- COMPANHEIRA: RG e CPF e comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS (cópias autenticadas);
- Filhos: Certidão de Nascimento e RG, sendo que:
- l. Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;

- II. Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

12.1.2. Além dos documentos acima, deverão ser encaminhados os documentos constantes da Cláusula das Condições Especiais, no item LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO da cobertura contratada causadora do evento.

12.1.3. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

12.2. Para todos os casos o Estipulante se obriga a entregar, juntamente com os documentos relacionados ao sinistro:

12.2.1. Quando o vínculo entre Estipulante e Segurado for empregatício, a relação do pessoal segurado com a descrição dos dados pessoais do segurado sinistrado, período em que esteve sob seus serviços, tipo de serviço prestado e cópia da Guia de Recolhimento do FGTS relativo aos serviços prestados pelos mesmos.

12.2.2. Quando o vínculo entre Estipulante e Segurado for associativo ou similar, a relação do pessoal segurado com a descrição dos dados pessoais do segurado sinistrado, período em que este foi associado.

12.3. O pagamento de qualquer indenização devida relativa ao presente seguro será realizado sob a forma de parcela única ou renda nos termos definidos em cada cobertura contratada e será efetuado em até 30 (trinta) dias corridos, após a entrega de todos os documentos básicos relacionados a cada cobertura e informações necessárias que possibilitem a regulação e liquidação comprovação do sinistro.

12.4. Fica reservado à Seguradora o direito de solicitar outros documentos, além dos básicos, no caso de dúvida fundada e justificável, que sejam necessários para regulação e liquidação do sinistro. Neste caso, será suspensa e reiniciada a contagem do prazo que trata o parágrafo anterior, a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

12.5. Quando os documentos solicitados forem cópias, estes devem ser autenticados.

12.6. 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.

12.6.1. 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.

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

12.7. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para fins de verificação de cobertura, de acordo com as condições previstas contratualmente.

12.8. 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 tiver conhecimento.

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

12.10. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

12.11. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

12.12. O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica e conforme estabelecido na cláusula MULTA E MORA da presente Condições Gerais.

12.13. O envio dos documentos visa subsidiar a análise do processo e a melhor compreensão dos fatos ocorridos, não representando em hipótese alguma o prévio reconhecimento de cobertura técnica por parte desta Seguradora ou direito do Segurado no recebimento ou não de qualquer indenização.

12.13.1. A definição sobre a indenização ou não, somente poderá ser tomada após a análise da aderência dos fatos às condições gerais e especiais das coberturas contratadas.

CLÁUSULA 13ª - VIGÊNCIA DO SEGURO

13.1. 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.

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

13.3. 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 em data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da proposta mestra de contratação e das Condições Particulares da apólice.

13.4. 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.

CLÁUSULA 14ª - RENOVAÇÃO DA APÓLICE

14.1. As apólices com vigência de 1 (um) ano ou superior, poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, sendo as renovações posteriores realizadas de forma expressa.

14.1.1. A renovação que não implicar em 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 fizer necessário, desde que realizada na forma expressa. A renovação que implicar em 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 ¾ do grupo segurado.

14.1.2. A renovação automática a que se refere o subitem 14.1 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.

14.2. 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 Segurado.

14.3. 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.

CLÁUSULA 15ª - CANCELAMENTO DO SEGURO

15.1. 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.

15.2. Nos demais casos, o cancelamento da apólice somente se dará quando expirar seu prazo de vigência, ou por falta de pagamento, quando expirado o prazo de 60 dias no caso de Seguros contratados com vigência mínima de 1 (Hum) ano ou 2 (dois) dias para os casos de contratação inferior a 1 (um) ano.

15.3. No caso de resilição total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer 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 Cláusula – PAGAMENTO DE PRÊMIO, subitem 9.5 anterior.

15.4. Se o segurado e/ou estipulante, 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.

15.4.1. Se houver por parte do segurado e/ou estipulante inexatidão ou omissão nas declarações, ainda que e não resultem de má-fé, a Seguradora terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença de prêmios.

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

CLÁUSULA 16ª - PERDA DE DIREITO

16.1. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

16.2. 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.

16.2.1. Se a inexatidão 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.

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

16.4. 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.

16.4.1. 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 como: 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.

16.4.2. 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.

16.4.3. 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.

CLÁUSULA 17ª - CESSAÇÃO DA COBERTURA

17.1. Na hipótese do 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.

17.2. 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.

17.3. As coberturas individuais cessarão automaticamente:

- a. com o cancelamento da apólice;
- b. no caso de o Segurado, por qualquer motivo, vir a desligar-se do Estipulante, das apólices e, consequentemente, 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; ou
- f. quando o segurado for indenizado pela cobertura de Morte ou por Invalidez Permanente Total.

CLÁUSULA 18ª - ALTERAÇÃO CONTRATUAL

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

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

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

CLÁUSULA 19ª - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

19.1. 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 Estatística, ou outro que venha a substituí-lo.

19.1.1. A apuração do índice ora apresentado, terá uma defasagem de 60 dias, em função do tempo de divulgação do índice e das comunicações que devem ser feitas no processo de renovação.

19.2. Às Contratações com vigência inferior a 1 (um) ano não se aplica a cláusula de atualização de monetária.

19.3. Também não será aplicado atualização monetária para capitais que sejam resultantes de múltiplos de salário, os quais serão ajustados com base nos respectivos ajustes salariais.

CLÁUSULA 20ª - MULTA E MORA

20.1. Os valores relativos as obrigações legais pecuniárias decorrentes das operações derivadas do presente contrato sujeitam-se à atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE – Incide de Preços ao Consumidor Amplo/Função 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, 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. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

20.2. 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.

CLÁUSULA 21ª - REGIME FINANCEIRO

21.1. 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.

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

CLÁUSULA 22ª - SUB-ROGAÇÃO

22.1. 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.

CLÁUSULA 23ª - DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

23.1. O plano de seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido no Contrato.

23.2. Na hipótese de distribuição, será considerado Excedente Técnico o saldo positivo (se houver), entre as receitas e as despesas a seguir especificadas:

I – RECEITAS

- a) os Prêmios, de competência, correspondentes ao período de apuração, efetivamente pagos, deduzidos os Prêmios devolvidos;
- b) os estornos de Sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

II - DESPESAS

- a) as comissões de corretagem pagas durante o período, correspondentes ao período de competência analisado; b) as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período (se houver); c) as comissões de agenciamento pagas durante o período (se houver); d) valor total dos Sinistros ocorridos, pagos ou avisados, no período de competência analisado; e) o valor total dos Sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados nas apurações dos períodos anteriores ao de competência; f) os saldos negativos dos períodos anteriores e ainda não compensados; g) as despesas efetivas de administração do plano a cargo da seguradora; h) as despesas a título de IBNR, ou seja, os Sinistros ocorridos e ainda não avisados, relativas ao período de competência avaliado.

23.3. Quando da apuração, as receitas e as despesas serão atualizadas pelo IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, o Índice que vier a substituí-lo, conforme a seguir:

- a. Prêmios e comissões - a partir do respectivo dia do pagamento;
- b. Sinistros - a partir do dia do aviso à seguradora;
- c. Saldos negativos anteriores - a partir do respectivo mês de apuração;
- d. Despesas de administração da seguradora - a partir das datas em que incorreram.

23.4. No caso de resultado positivo, a seguradora repassará a título de Excedente Técnico ao Estipulante o percentual estabelecido no Contrato.

23.5. Respeitado o critério de apuração estabelecido nos itens anteriores, a distribuição de Excedente Técnico ocorrerá após o 1º ano de Vigência da Apólice.

23.6. A distribuição de Excedente Técnico será efetuada após o término de Vigência Anual da Apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de Excedente Técnico.

23.7. Do resultado apurado, será distribuído o percentual estabelecido no contrato do seguro.

23.8. Nos seguros contributários, o Excedente Técnico a ser distribuído deverá ser destinado aos Segurados, na proporção do seu percentual de contribuição sobre o Prêmio Individual. Esta condição constará do Certificado Individual do Seguro quando o seguro for contributário. Caberá ao Estipulante definir a forma com que distribuirá o Excedente Técnico aos componentes do Grupo Segurado, em conformidade com os Contratos/acordos que possua com os Segurados.

23.9. **Não será distribuído Excedente Técnico em caso de cancelamento da Apólice.**

CLÁUSULA 24ª - MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

24.1. 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.

CLÁUSULA 25ª - FORO

25.1. 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 foi o caso.

PARTE II

GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nesta apólice, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

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, observando-se que:

a. incluem-se nesse conceito:

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

b. **excluem-se desse conceito:**

- i. as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- ii. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- iii. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- iv. as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, ora definido;
- v. acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- vi. quaisquer doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente pessoal;
- vii. todo e qualquer tipo de curetagem uterina;
- viii. autolesões, assim entendidas como mutilação do próprio corpo, voluntária e premeditada ou sua tentativa, e doações ou extrações de órgãos que impliquem diminuição permanente da integridade física do segurado, salvo por exigência médica; e
- ix. quaisquer eventos que não se incluem no conceito de acidentes pessoais, conforme descrito nas condições gerais.

2. **AMBIENTE HOSPITALAR:** Considera-se ambiente hospitalar; hospitais, ambulatórios, consultórios e clínicas.

3. **APÓLICE:** É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

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

5. **CAPITAL SEGUADO:** É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

6. **CARREGAMENTO:** É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
7. **CERTIFICADO INDIVIDUAL:** É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade 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.
8. **CONDIÇÕES CONTRATUAIS:** É o 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.
9. **CONDIÇÕES GERAIS:** É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante;
10. **CONDIÇÕES ESPECIAIS:** É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
11. **CONTRATO:** É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.
12. **CONSIGNANTE:** É a pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.
13. **ESTIPULANTE:** É a 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.
14. **GRUPO SEGURADO:** É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
15. **GRUPO SEGURÁVEL:** É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
16. **HOSPITAL:** é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool.
17. **INÍCIO DE VIGÊNCIA:** É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
18. **INTERNAÇÃO HOSPITALAR:** é a internação em hospital com duração mínima de 12 (doze) horas consecutivas.
19. **NOTA TÉCNICA ATUARIAL:** É o documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
20. **PRÊMIO:** É o valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
21. **PRÊMIO COMERCIAL:** É o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
22. **PRÊMIO PURO:** É o valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
23. **PROPONENTE:** É o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

24. PROPOSTA DE ADESÃO: É o 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.
25. PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: É o 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.
26. RISCOS EXCLUÍDOS: São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.
27. SEGURADO: É a pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
28. SEGURO CONTRIBUTÁRIO: É quando os segurados são responsáveis pelo custeio do Seguro, total ou parcialmente.
29. SEGURO NÃO CONTRIBUTÁRIO: É quando o custeio do Seguro é de responsabilidade integral pelo Estipulante
30. SINISTRO: É a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.