

Seguro Coletivo de Pessoas – Bradesco

Registro do Produto na SUSEP: 15414.005521/2011-20

Condições Gerais

CAPÍTULO I - OBJETIVO DO SEGURO

Cláusula 1ª. O Seguro Coletivo de Pessoas Bradesco tem por objetivo garantir ao Segurado, ou ao Beneficiário se for o caso, o pagamento de Indenização em decorrência de Sinistro coberto, durante o Período de Cobertura, desde que observadas as disposições destas Condições Gerais e das Cláusulas Complementares deste Seguro.

Cláusula 2ª. A(s) cobertura(s) prevista(s) nas Cláusulas Complementares deste Seguro são válidas para Sinistro ocorrido em qualquer parte do globo terrestre, ressalvadas as disposições específicas da(s) cláusula(s) complementar(es).

CAPÍTULO II - DEFINIÇÕES

Cláusula 3ª. As palavras relacionadas abaixo, quando aparecerem no texto destas Condições Gerais ou de outros documentos relativos a este Seguro, com as iniciais em letra maiúscula, terão o significado abaixo, observando-se que o singular abrange o plural, o masculino o feminino e vice-versa:

1. Acidente Pessoal

É o Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, 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, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, **desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice**; b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência

de acidente coberto; c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.

2. Aniversário do Seguro

É o dia em que se completa o tempo de um ou mais anos do início da Vigência do Seguro.

3. Apólice de Seguro ou Apólice

É o documento emitido pela Seguradora, que formaliza a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Estipulante por meio da Proposta de

Contratação.

4. Beneficiário

É a pessoa designada pelo Segurado para receber a Indenização deste Seguro no caso de morte do Segurado.

5. Capital Segurado

É o valor máximo estipulado na Apólice para cada uma das coberturas previstas nas cláusulas complementares destas Condições Gerais, vigente na data do Sinistro e que servirá de base para o cálculo da Indenização.

6. Certificado de Seguro

É o documento emitido pela Seguradora, que comprova a aceitação da Proposta de Adesão do Proponente.

7. Cláusulas Complementares

São as cláusulas que especificam as condições e os limites da(s) cobertura(s) oferecida(s) por este Seguro e que podem ser contratada(s) pelo Estipulante. As Cláusulas Complementares relativas à(s) cobertura(s) contratada(s) integram as Condições Gerais, complementando-as.

8. Condições Contratuais

É o conjunto das disposições que regem este Seguro, compreendendo as disposições destas Condições Gerais, das Cláusulas Complementares da(s) cobertura(s) contratada(s) pelo Estipulante, do Contrato, da Apólice, da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro.

9. Condições Gerais

É este conjunto de cláusulas contratuais, incluindo as cláusulas complementares, que estabelecem direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do Seguro.

10. Contrato de Seguro

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora, que especifica as coberturas contratadas, estabelece as peculiaridades da contratação do Seguro e fixa os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

11. Corretor

É o profissional autônomo, pessoa física ou jurídica, devidamente habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) para intermediar e promover Contratos de Seguro, conforme definido na Lei nº 4.594/1964 e no Decreto-Lei nº 73/1966.

12. Declaração Pessoal de Saúde

São as informações prestadas por escrito pelo Proponente na Proposta de Adesão, que dizem respeito às suas condições de saúde e as de seu cônjuge, quando for o caso, e que serão levadas em consideração pela Seguradora para avaliação do risco e reconhecimento de eventual Sinistro. O Proponente é inteiramente responsável pela veracidade dessas informações.

13. Doenças ou Lesões Preexistentes e suas Consequências

São as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao Seguro, caracterizando-se pela existência de sinais, sintomas e quaisquer alterações evidentes de seu estado de saúde, e que eram de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão.

14. Estipulante

É a pessoa jurídica que propõe a contratação do Seguro, ficando investida de poderes de representação dos Segurados.

15. Evento

É toda e qualquer ocorrência passível de configurar o Risco Coberto previsto nestas Condições Gerais e nas suas cláusulas complementares.

16. Franquia

É o período de tempo durante o qual o Segurado ou o Beneficiário não terá direito à Indenização, contado a partir da data do Evento.

17. Grupo Segurado

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

18. Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante e que reúnem as condições para inclusão neste Seguro, de acordo com o disposto no Contrato de Seguro.

19. Indenização

É o valor que a Seguradora paga ao Segurado, ou ao Beneficiário em caso de morte do Segurado, em decorrência de Sinistro coberto por este Seguro.

20. Índice de Atualização Monetária

É o índice de preços adotado para fins de atualização monetária dos valores referentes a este

Seguro, aplicado de acordo com o disposto nestas Condições Gerais.

21. Meios Remotos

Aqueles que permitam a troca de e/ou o acesso a informações e/ou todo tipo de transferência de dados por meio de redes de comunicação envolvendo o uso de tecnologias tais como rede mundial de computadores, telefonia, televisão a cabo ou digital, sistemas de comunicação por satélite, entre outras.

22. Período de Cobertura

É o intervalo de tempo, compreendido na Vigência do Seguro, durante o qual a ocorrência do Sinistro coberto gera para o Segurado, ou o Beneficiário

conforme o caso, o direito à Indenização da(s) cobertura(s) prevista(s) na(s) Cláusula(s) Complementar(es) deste Seguro.

23. Prazo de Carência

É o período de tempo, corrido e ininterrupto, contado a partir da data de início da Vigência do Seguro, durante o qual o Segurado e o Beneficiário, conforme o caso, não terão direito à garantia de Indenização da(s) cobertura(s) prevista(s) na(s) Cláusula(s) Complementar(es) deste Seguro.

24. Prêmio do Seguro ou Prêmio

É o valor pago pelo Segurado e/ou pelo Estipulante à Seguradora para custear este Seguro.

25. Proponente

É a pessoa física vinculada ao Estipulante e interessada em contratar este Seguro, que passará à condição de Segurado uma vez aceita sua Proposta de Adesão pela Seguradora.

26. Proposta de Adesão

É o documento preenchido e assinado pelo Proponente ou por seu representante, por meio do qual expressa a sua intenção de aderir a este Seguro e faz sua Declaração Pessoal de Saúde, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais do Seguro, e que é submetido à Seguradora para análise do risco.

27. Proposta de Contratação

É o documento preenchido e assinado pelo Estipulante, com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, por meio do qual ele expressa a sua intenção de contratar a(s) cobertura(s) deste Seguro, para o fim de garantir os interesses das pessoas físicas integrantes do Grupo Segurável.

28. Risco Coberto

É todo e qualquer Evento previsto nestas Condições Gerais e nas Cláusulas Complementares, cuja ocorrência no Período de Cobertura configura o Sinistro.

29. Riscos Excluídos

São os Eventos previstos nestas Condições Gerais e nas Cláusulas Complementares, como riscos não cobertos pelo Seguro.

30. Seguradora

É a Bradesco Vida e Previdência S.A, registrada no CNPJ sob o número 051.990.695/0001-37, que assume os riscos inerentes à(s) cobertura(s) deste Seguro, nos termos destas Condições Gerais e das Cláusulas Complementares.

31. Segurado

É a pessoa física vinculada ao Estipulante sobre a qual se fará a avaliação do risco e se estabelecerá o Seguro, sendo também designado como Seguro Principal, quando da inclusão de cônjuge e/ou filho(s) no Seguro, em conformidade com a(s) respectiva(s) condição(ões) complementar(es).

32. Seguro

É este contrato, regido pelas Condições Contratuais, por meio do qual a Seguradora, mediante recebimento do Prêmio, obriga-se a garantir a(s) cobertura(s) contratada(s), pagando a Indenização ao Segurado, ou ao Beneficiário em caso de morte do Segurado, caso ocorra o Sinistro.

33. Sinistro

É a ocorrência do Risco Coberto, durante o Período de Cobertura, que gera para o Segurado, ou ao Beneficiário em caso de morte do Segurado, o direito ao recebimento da Indenização, atendidas as disposições destas Condições Gerais e das Cláusulas Complementares.

34. Vigência do Seguro ou Vigência

É o período de tempo estabelecido para a duração do Seguro, abrangendo o Prazo de Carência e o Período de Cobertura.

CAPÍTULO III - COBERTURAS

Cláusula 4ª. A(s) cobertura(s) oferecida(s) por este Seguro e contratada(s) pelo Estipulante encontra(m)-se disciplinada(s) na(s) Cláusula(s) Complementar(es), que faz(em) parte integrante e complementar destas Condições Gerais.

Parágrafo 1º. Não haverá garantia de Indenização por qualquer das coberturas deste Seguro, se o Evento resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo IV destas Condições Gerais, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à indenização referidas no Capítulo XI destas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 2º. Sem prejuízo do disposto no parágrafo 1º desta cláusula, também não haverá garantia de Indenização por determinada cobertura contratada, se o Evento resultar de Risco Excluído previsto nas respectivas Cláusulas Complementares, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito ali consignadas.

Parágrafo 3º. As coberturas previstas nas cláusulas complementares poderão ser contratadas isoladamente, de acordo com o disposto na Proposta de Contratação, Apólice e Contrato de Seguro.

Parágrafo 4º. O plano de seguro poderá prever Carência e/ou Franquia, a serem especificadas no Contrato de Seguro, observadas as disposições das cláusulas complementares.

Parágrafo 5º. Quando previsto, o Prazo de Carência estará limitado à metade do Prazo de Vigência da apólice limitado ao máximo de 2 (dois anos).

Parágrafo 6º. Não haverá Prazo de Carência para as coberturas decorrentes de Acidente Pessoal.

CAPÍTULO IV- RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 5ª. Configuram Riscos Excluídos da(s) Cobertura(s) deste Seguro e, por isso, não geram direito à Indenização:

I - ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esporte e/ou utilização de meio de transporte mais arriscado;

II - ato ilícito doloso praticado pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou representante legal de um ou de outro;

III - atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e os atos de humanidade em auxílio de outrem;

IV - furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

V - uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

VI - doenças ou Lesões Preexistentes e suas consequências;

VII - epidemia ou pandemia declarada pela autoridade competente;

VIII – suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos, contados a partir do início de Vigência do Seguro;

IX - Ato ilícito doloso praticado por seu(s) sócio(s) controlador(es), dirigente(s) e administrador(es), pelo(s) beneficiário(s), e pelos respectivo(s) representante(s), no caso de seguro contratados por pessoas jurídicas.

Parágrafo 1º. Para efeito das coberturas decorrentes de Acidente Pessoal,

além dos eventos de que trata o *caput* desta cláusula, configuram Riscos Excluídos:

I - acidentes em que o Segurado, sem a devida habilitação, for o condutor do veículo, seja terrestre, aéreo ou náutico;

II - acidentes e/ou suas consequências ocorridos antes da contratação do Seguro;

III - todo e qualquer tipo de curetagem uterina, exceto se consequente de aborto ou parto decorrente diretamente de Acidente Pessoal;

IV – as doenças, lesões e situações que não se enquadram no conceito de Acidente Pessoal, conforme item 1 da Cláusula 3ª destas Condições Gerais;

V – perda de dentes e danos estéticos;

VI – autolesões, ou seja, mutilação do próprio corpo e doações ou extrações de órgãos que impliquem na diminuição permanente da integridade física do Segurado, salvo por exigência médica;

VII – todo e qualquer tipo de curetagem uterina.

Parágrafo 2º. Adicionalmente aos eventos previstos no caput e parágrafo 1º desta cláusula, as cláusulas complementares disporão sobre os Riscos Excluídos específicos de cada cobertura, se for o caso.

Cláusula 6ª. Em quaisquer das coberturas oferecidas por este Seguro, não haverá garantia de pagamento de Indenização por danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista. Cabe à Seguradora comprovar sua ocorrência com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO DO SEGURO

Seção I – Da Proposta de Contratação e do Contrato de Seguro

Cláusula 7ª. A contratação deste Seguro dar-se-á com a aceitação da Proposta de Contratação, oportunidade em que a Seguradora e o Estipulante firmarão o Contrato de Seguro.

Parágrafo único. Após a assinatura do Contrato de Seguro, a Seguradora emitirá a Apólice de Seguro e a enviará ao Estipulante.

Seção II - Da Proposta de Adesão do Segurado

Cláusula 8ª. Somente serão aceitas neste Seguro as pessoas do Grupo Segurável que gozarem de boas condições de saúde, encontrarem-se em plena atividade profissional e contarem com, no mínimo, 14 (quatorze) e, no máximo, 65 (sessenta e cinco) anos de idade na data de assinatura da Proposta de Adesão.

Parágrafo 1º. Para efeito das Coberturas decorrentes exclusivamente de Acidente Pessoal, somente serão aceitas neste Seguro as pessoas que contarem com, no mínimo, 14 (quatorze) e, no máximo, 70 (setenta) anos de idade na data de assinatura da Proposta de Adesão, observado, ainda, o disposto no *caput* desta cláusula.

Parágrafo 2º. O Contrato de Seguro poderá dispor sobre limites diferenciados, mínimos e máximos, de idade para ingresso no Seguro, para os casos de migração de apólice de outra seguradora.

Cláusula 9ª. A solicitação de adesão das pessoas do Grupo Segurável ao Seguro dar-se-á com o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão, com a Declaração Pessoal de Saúde, se for o caso, em formulário próprio fornecido pela Seguradora e a ser entregue a ela para análise do risco.

Parágrafo 1º. A adesão ao Seguro, incluindo a Declaração Pessoal de Saúde, poderá ser realizada com a utilização de Meios Remotos.

Parágrafo 2º. A adesão por meios remotos sem a emissão de documentos contratuais físicos no ato da contratação deverá implicar no envio de mensagens informativas ao Segurado ao longo da vigência do Seguro, de acordo com o disposto na legislação aplicável.

Parágrafo 3º. O envio das mensagens referidas no parágrafo anterior será realizado, preferencialmente, com a utilização do mesmo meio remoto usado para a adesão do Seguro.

Parágrafo 4º. Em caso de contratação por meio remoto, o Segurado poderá desistir do Seguro no prazo de 7 (sete) dias da emissão do Certificado. Para tanto, deverá protocolar solicitação escrita à Seguradora.

Parágrafo 5º. Em caso de desistência, a Seguradora fornecerá ao Segurado confirmação imediata do recebimento da manifestação de arrependimento, ficando vedada qualquer cobrança a partir dessa data.

Parágrafo 6º. Quaisquer valores eventualmente pagos serão devolvidos de imediato, a partir da manifestação de arrependimento, utilizando-se, preferencialmente, o mesmo meio adotado para o pagamento do Prêmio.

Parágrafo 7º. Em caso de inclusão de menores de 14 (quatorze) anos de idade, é permitido exclusivamente o oferecimento e contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Seguro principal ou dependente.

Seção III - Aceitação da Proposta de Adesão pela Seguradora

Cláusula 10ª. A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

Cláusula 11ª. Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada integralmente aceita, abrangendo todas as coberturas contratadas, se a Seguradora sobre ela não se manifestar expressamente perante o Proponente, o que poderá ser feito por meio do Estipulante, no prazo de 15 (quinze) dias, contado do seu recebimento,

explicitando o motivo da recusa.

Parágrafo 1º. O prazo referido no *caput* poderá suspenso uma única vez se a Seguradora verificar que as informações contidas na Proposta de Adesão são insuficientes para a emissão do Certificado de Seguro e solicitar a apresentação de novos documentos e/ou informações. A contagem do prazo voltará a correr a partir da data em que for protocolada na Seguradora a entrega da documentação e/ou informação solicitada.

Parágrafo 2º. Aceita a Proposta de Adesão, a Seguradora emitirá e encaminhará ao Segurado o Certificado de Seguro, podendo fazê-lo na pessoa do Estipulante.

Cláusula 12ª. A Seguradora reservar-se o direito de exigir do Proponente exame(s) médico(s) para avaliação do risco. A negativa do Proponente em submeter-se ao(s) exame(s) autorizará a Seguradora a recusar a Proposta de Adesão.

Parágrafo 1º. As doenças ou lesões de que o Segurado seja portador, quando não declaradas na Proposta de Adesão, poderão ser identificadas pela Seguradora por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais.

Parágrafo 2º. Caso não aceite a Proposta de Adesão no prazo de 15 (quinze) dias, a Seguradora comunicará por escrito a recusa ao Proponente e devolverá o valor do Prêmio pago antecipadamente, no prazo de 10 (dez) dias contados da data da formalização da recusa.

Parágrafo 3º. A restituição será feita por meio de cheque nominativo ou crédito na conta bancária indicada na Proposta de Adesão, desde que a referida conta seja do Proponente.

Parágrafo 4º. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela não-devolução do valor pago antecipadamente após o decurso do prazo definido no

parágrafo 2º, o valor será atualizado de acordo com o disposto na cláusula 25ª destas Condições Gerais. Incidirão, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculados em base *pro rata* dia, da data do pagamento até a data da efetiva devolução.

CAPÍTULO VI - CAPITAL SEGURADO

Cláusula 13ª. O Capital Segurado de cada uma das coberturas contratadas será aquele estipulado no Contrato de Seguro entre o Estipulante e a Seguradora e seu valor deverá constar da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro.

Parágrafo 1º. O valor do Capital Segurado será atualizado monetariamente ou recalculado conforme disposto na cláusula 26ª destas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Os Capitais Segurados dos componentes dependentes (filhos, cônjuge), quando prevista sua inclusão no plano de seguro, em quaisquer das coberturas, não podem ser superiores ao do Segurado Principal.

Cláusula 14ª. Para efeitos de apuração do valor da Indenização ou do reembolso será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da ocorrência do Sinistro, conforme definido nas Cláusulas Complementares em relação a cada cobertura.

CAPÍTULO VII - PRÊMIO

Seção I - Valor do Prêmio

Cláusula 15ª. O Prêmio inicial do Seguro será estabelecido no Contrato de Seguro entre o Estipulante e a Seguradora e seu valor constará da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. O valor do Prêmio poderá ser reajustado de acordo com os critérios estabelecidos no Contrato.

Parágrafo 2º. Além do reajuste previsto no parágrafo anterior, o valor do Prêmio também será atualizado monetariamente, conforme disposto na cláusula 26ª destas Condições Gerais.

Seção II - Pagamento do Prêmio

Cláusula 16ª. O Prêmio do Seguro será custeado pelo Segurado e/ou pelo Estipulante, conforme estabelecido no Contrato de Seguro.

Cláusula 17ª. Quando o custeio do Seguro for compartilhado entre Estipulante e Segurados, a parcela do Prêmio de responsabilidade dos Segurados será recolhida pelo Estipulante, mediante desconto em folha de pagamento ou outro meio estabelecido entre Estipulante e Segurados, e repassada à Seguradora nos prazos estabelecidos no Contrato.

Cláusula 18ª. O pagamento do Prêmio será feito sob a forma mensal, trimestral, semestral ou anual, conforme estabelecido no Contrato de Seguro.

Cláusula 19ª. Quando a data de vencimento do Prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil subsequente.

Cláusula 20ª. Quando o Segurado e/ou Estipulante optar por efetuar o pagamento do Prêmio por meio de débito em conta, se na data do vencimento o saldo da conta bancária indicada na sua Proposta de Adesão ou Contratação não for suficiente para quitação do valor integral do Prêmio ou da respectiva mensalidade, ficará caracterizada a falta de pagamento, que poderá acarretar o

cancelamento da cobertura, conforme previsto no Capítulo XII destas Condições Gerais.

Cláusula 21ª. Independentemente do meio de pagamento estabelecido, o Segurado estará sempre obrigado a efetuá-lo na data prevista, através de ordem de pagamento bancária ou vale-postal, nas seguintes hipóteses:

I - caso o Estipulante, por motivos alheios à vontade do Segurado, não

efetue o desconto dos Prêmios na folha de pagamento;

II - se o Segurado houver extraviado ou não tiver recebido novo Carnê de Cobrança Bancária; ou

III - se o Segurado não tiver saldo suficiente para o desconto do Prêmio na conta-corrente por ele indicada na Proposta de Adesão.

Cláusula 22^a. Se o Estipulante deixar de repassar à Seguradora os Prêmios descontados do Segurado em folha de pagamento, tal fato não gerará o cancelamento da Apólice se não persistir por prazo igual ou superior a 90 (noventa dias), ressalvado o direito de regresso da Seguradora contra o Estipulante.

Seção III – Atraso no Pagamento do Prêmio e Prazo de Tolerância

Cláusula 23^a. Qualquer pagamento em atraso dentro do prazo de 90 (noventa) dias do vencimento será efetuado pelo valor do Prêmio vencido, acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base *pro rata dia* da data de vencimento até a data do efetivo pagamento. Adicionalmente, incidirá atualização monetária sobre o valor do Prêmio não pago, de acordo com o disposto na cláusula 25^a destas Condições Gerais.

Parágrafo 1º. No caso da ocorrência de Sinistro durante o período de 90 (noventa) dias de atraso no pagamento dos Prêmios, a Indenização, se devida, será paga, nos termos destas Condições Gerais e das cláusulas complementares que oferecerem a cobertura para o Sinistro, descontados do respectivo valor os valores dos Prêmios em atraso, acrescidos de juros e atualização monetária, na forma prevista no caput desta cláusula.

Parágrafo 2º. Transcorridos 90 (noventa) dias do vencimento do Prêmio devido e não pago, este Seguro será cancelado, na forma do Capítulo XII, sem que seja devida ao Segurado ou ao seu Beneficiário, qualquer Indenização proporcional relativa a Sinistro ocorrido após o cancelamento do Seguro ou a devolução de Prêmios já pagos.

Seção IV – Regime Financeiro

Cláusula 24ª. Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, que não contempla, em quaisquer das Coberturas previstas nas Cláusulas Complementares, o resgate ou a devolução dos Prêmios pagos.

CAPÍTULO VIII - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Cláusula 25ª. Os valores correspondentes às obrigações pecuniárias decorrentes deste Seguro, a partir da data em que se tornarem exigíveis, sujeitam-se à atualização pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor – Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IPCA/IBGE.

Parágrafo único. A atualização de que trata o *caput* desta Cláusula será efetuada com base na variação positiva 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.

Cláusula 26ª. Os valores dos Capitais Segurados e Prêmios serão atualizados monetariamente a cada ano, no Aniversário do Seguro, com base na variação do IPCA/IBGE acumulada no período de 12 (doze) meses anteriores ao mês do último índice publicado imediatamente antes da data de atualização.

Parágrafo 1º. Alternativamente ao critério de atualização previsto no *caput*, os valores de Capitais Segurados e Prêmios poderão ser recalculados em função de alterações de salário ou proventos dos Segurados ou outro critério objetivo estabelecido de comum acordo entre o Estipulante e a Seguradora e descrito no Contrato de Seguro. Os limites de Capitais Segurados previsto na apólice serão reajustados com base no índice concedido no dissídio da categoria ou de acordo com o percentual estabelecido pelo Estipulante e aceito pela Seguradora.

Parágrafo 2º. Nos casos de pagamento único ou anual do Prêmio, os valores dos Capitais Segurados pagáveis por Morte ou Invalidez

Permanente Total ou Parcial por Acidente serão atualizados monetariamente desde a data da última atualização até a data de ocorrência do evento coberto.

Cláusula 27ª. Na falta, extinção ou proibição do uso do IPCA/IBGE, a atualização monetária terá por base o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE). Na falta, extinção ou proibição do uso deste índice, será adotado o índice oficial que o substituí-lo.

CAPÍTULO IX – DESIGNAÇÃO E ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Seção I – Designação de Beneficiário

Cláusula 28ª. O Segurado poderá indicar livremente seu Beneficiário para receber o valor da Indenização no caso de morte, observado o disposto nos parágrafos desta cláusula e na legislação e regulação em vigor.

Parágrafo 1º. O companheiro somente poderá ser indicado como Beneficiário se, ao tempo da indicação, o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato, de acordo com o artigo 793 do Código Civil.

Parágrafo 2º. Havendo mais de um Beneficiário e não tendo o Segurado estabelecido o percentual do Capital Segurado correspondente a cada um, o respectivo valor será rateado entre eles em partes iguais.

Cláusula 29ª. De acordo com o disposto no artigo 792 do Código Civil, na falta de indicação de Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o Capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária estabelecida no Código Civil.

Parágrafo único. Na falta das pessoas de que trata o *caput* desta cláusula, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

Seção II – Alteração de Beneficiário

Cláusula 30ª. É facultado ao Segurado, em qualquer época, substituir seu Beneficiário.

Cláusula 31ª. A substituição de Beneficiário somente será eficaz perante a Seguradora, se for comunicada a ela, por escrito, antes do pagamento da Indenização.

Parágrafo único. Se a Seguradora não for comunicada da substituição, na forma prevista no caput, ficará desobrigada pagando o Capital Segurado ao antigo Beneficiário.

CAPÍTULO X - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Seção I - Procedimento de Regulação e Liquidação

Cláusula 32ª. A Regulação e Liquidação de Sinistro é o procedimento por meio do qual a Seguradora, após recebido o aviso da ocorrência do Evento, verifica se o mesmo configura o Sinistro e se o Segurado ou seu Beneficiário, conforme o caso, tem ou não o direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da Indenização.

Cláusula 33ª. O Segurado ou seu Beneficiário deverá comprovar satisfatoriamente a ocorrência do Sinistro, por meio dos documentos básicos listados nas Cláusulas Complementares que oferecem a cobertura para o Sinistro em causa, bem como esclarecer todas as circunstâncias a ele relacionadas.

Parágrafo único. Para instruir a Regulação e Liquidação de Sinistro, a Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nas Cláusulas Complementares.

Cláusula 34ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 35^a. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 36^o. Na Regulação e Liquidação de Sinistro também deverão ser observados os procedimentos específicos para cada cobertura contratada, previstos nas respectivas Cláusulas Complementares.

Seção II - Pagamento da Indenização

Cláusula 37^a. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida com base neste Seguro, contado a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação básica que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 1^o. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme permitido pelo parágrafo único da cláusula 33^a, o prazo de que trata o *caput* desta cláusula ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Segurado ou Beneficiário.

Parágrafo 2^o. Também deverá ser observado, com relação ao início da contagem do prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, as disposições das Cláusulas Complementares.

Cláusula 38^a. O pagamento será feito de uma única vez por meio de cheque nominativo, crédito em conta bancária ou ordem de pagamento, pagável no domicílio ou praça indicada pelo Segurado ou pelo Beneficiário, conforme o caso.

Parágrafo 1^o. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela falta de pagamento da Indenização devida, no prazo definido nesta Seção, o Capital Segurado será atualizado pela variação positiva do índice previsto na cláusula 25^a destas Condições Gerais. Incidirão, adicionalmente, sobre o valor da Indenização, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano,

calculada em base *pro rata* dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento, independentemente de notificação ou interpelação judicial.

Parágrafo 2º. Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os encargos de tradução ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

Parágrafo 3º. O reembolso de despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do pagamento realizado pelo Segurado, respeitando-se sempre o limite do Capital Segurado contratado.

Cláusula 39ª. A Seguradora não estará obrigada ao pagamento da Indenização nos termos pleiteados pelo Segurado, quando este recusar-se a submeter-se aos exames solicitados pela Seguradora, ou quando este ou o Beneficiário, conforme o caso, não apresentar os documentos solicitados, indispensáveis à comprovação da existência ou não do Sinistro.

CAPÍTULO XI – DA PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

Cláusula 40ª. Se o Segurado, por si, por seu representante ou por seu Corretor, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta de Adesão ou na taxa do Prêmio, perderá o direito à Indenização, além de ficar obrigado ao Prêmio vencido, de acordo com o disposto no artigo 766 do Código Civil.

Parágrafo único. Se a inexatidão ou omissão não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I - Antes da ocorrência do Sinistro:

a) cancelar o Seguro, retendo, do Prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) optar pela continuidade do Seguro, cobrando do Segurado a diferença de

Prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada, comunicando-lhe acerca da restrição.

II - Após a ocorrência do Sinistro, com pagamento parcial do Capital Segurado:

a) cancelar o Seguro após o pagamento da Indenização, retendo do respectivo valor a diferença de Prêmio cabível, calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) optar pela continuidade do Seguro, cobrando do Segurado a diferença de Prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário, conforme aplicável, ou restringindo a(s) cobertura(s) contratada(s) para riscos futuros, comunicando-lhe acerca da restrição.

III - Após a ocorrência de Sinistro, com pagamento integral do Capital Segurado, pagar a Indenização, deduzindo do valor devido a diferença de Prêmio cabível.

Cláusula 41^a. O Segurado também perderá o direito à garantia de Indenização em qualquer das seguintes situações:

I- se ele, seu representante ou seu Beneficiário descumprir quaisquer das obrigações inerentes a este Seguro;

II - se agravar intencionalmente o Risco Coberto, por meio de, mas não se restringindo a: ofensas corporais, automutilação, condução de veículo sob efeito de álcool em nível superior ao permitido pela legislação local ou uso de medicamentos sem prescrição médica;

III - se não comunicar por escrito à Seguradora, logo que saiba, a ocorrência de qualquer incidente suscetível de agravar o Risco Coberto;

IV - se ele ou o Beneficiário não comunicar a ocorrência do Sinistro à Seguradora, logo que o saiba;

V - se não tomar as providências imediatas para minorar as

consequências do Sinistro;

VI - se ele ou o Beneficiário se recusar a apresentar os documentos e informações solicitados pela Seguradora; ou

VII - nas situações previstas expressamente nas Cláusulas Complementares como hipótese de perda do direito à indenização relativa à respectiva cobertura.

Parágrafo 1º. Ao receber do Segurado a comunicação escrita de incidente suscetível de agravar o Risco Coberto, a Seguradora poderá cancelar o Seguro, mediante comunicação escrita a ser enviada ao Segurado, no prazo de até 15 (quinze) dias, contado da data do recebimento da comunicação do incidente. Se preferir, a Seguradora poderá, mediante acordo escrito com o Segurado, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença do Prêmio cabível ou restringindo a(s) cobertura(s).

Parágrafo 2º. Na hipótese de cancelamento fundado no parágrafo 1º, o cancelamento do seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio proporcional ao período a decorrer, sendo devidas pelo Segurado todas as mensalidades vencidas até o 30º (trigésimo) dia após a data em que receber a comunicação do cancelamento da Seguradora.

CAPÍTULO XII - CANCELAMENTO DO SEGURO

Cláusula 42ª. A Apólice de Seguro será cancelada, sem que caiba qualquer indenização por perdas e danos às partes pelo seu cancelamento, nas seguintes situações:

I - a qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, com a anuência prévia e expressa dos Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado;

II - em caso de tentativa do Estipulante de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências, necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;

III - na ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo Estipulante com o propósito de obter vantagem ilícita do Seguro;

IV - na falta de pagamento de 3 (três) Prêmios mensais consecutivos ou não, sendo que o cancelamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio não pago;

V - Para as demais formas de pagamento o cancelamento por falta de pagamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio não pago;

VI – com o encerramento das atividades do Estipulante.

Parágrafo 1º. O Certificado Individual será cancelado, cessando todas as coberturas contratadas, sem que caiba qualquer indenização por perdas e danos às partes pelo seu cancelamento, nas seguintes situações:

I – Segurado Principal:

a) com a morte do Segurado;

b) término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;

c) solicitação expressa do Segurado, 30 (trinta) dias antes do vencimento do Prêmio;

d) tentativa do Segurado e/ou seu Beneficiário de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da Seguradora;

e) infrações ou fraudes praticadas pelo Segurado ou Beneficiário com o propósito de obter vantagem ilícita do Seguro;

f) na falta de pagamento de 3 (três) Prêmios mensais consecutivos ou não, sendo que o cancelamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio não pago;

g) Para as demais formas de pagamento o cancelamento por falta de pagamento ocorrerá, automaticamente, no 90º (nonagésimo) dia, contado a partir do vencimento do 1º (primeiro) Prêmio não pago;

II - Segurado Dependente – Cônjuge e Filhos

a) em relação ao cônjuge ou companheiro(a) incluído(a) na Apólice, em caso de separação judicial, divórcio ou perda da condição de companheiro(a) do Segurado;

b) cancelamento do Certificado Individual do Segurado Principal;

c) em caso de morte do cônjuge/companheiro e/ou filho(s) incluídos na Apólice;

d) quando o Segurado deixar de fazer parte do Grupo Segurado; ou

e) quando ocorrer a cessação da sua condição de dependente do Segurado, na forma da legislação em vigor.

Parágrafo 1º. A Apólice de Seguro não poderá ser cancelada durante a Vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração na natureza dos riscos.

Parágrafo 2º. A Apólice de Seguro só poderá ser cancelada/rescindida durante a Vigência por acordo entre as partes contratantes e, no caso de seguro contributivo, com anuência prévia e expressa de Segurados Principais que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

Parágrafo 3º. Em caso de cancelamento total ou parcial, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer das partes e com concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do Prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

Cláusula 43ª. No prazo de 10 (dez) dias antes da data limite para o cancelamento do Seguro por motivo de falta de pagamento, será enviada notificação ao Segurado e ao Estipulante.

Cláusula 44ª. O pagamento, pelo Segurado e/ou Estipulante, de qualquer valor à Seguradora, após a data do cancelamento, não implica reabilitação do Seguro, nem gera qualquer efeito, ficando à disposição do ex-Segurado e/ou Ex-Estipulante o referido valor.

CAPÍTULO XIII – DO EXCEDENTE TÉCNICO

Cláusula 45ª. O plano de seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido nas condições Contratuais da apólice.

Parágrafo 1º. O cálculo do Excedente Técnico tomará por base o período de apuração que corresponde ao período de vigência anual da Apólice e será realizado no prazo de 60 (sessenta) dias, contados a partir da data do último pagamento das faturas relativas a este período.

Parágrafo 2º. Este cálculo será realizado com base na regulamentação em vigor, sendo consideradas, para efeito de despesas administrativas, um percentual (descrito no contrato de seguro) dos Prêmios líquidos pagos no período de apuração.

Parágrafo 3º. O eventual Excedente Técnico a ser distribuído será um percentual (descrito no contrato de seguro) do resultado técnico eventualmente apurado, assim entendido o valor positivo da diferença entre a soma das receitas e a soma das despesas abaixo listadas:

RECEITAS:

- a) prêmios de competência correspondente ao período de Vigência da Apólice, efetivamente recebidos pela Seguradora;
- b) estorno recebidos pela Seguradora de Sinistros computados em períodos anteriores, mas definitivamente não devidos;
- c) estornos recebidos pela Seguradora relativos à Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR) calculados no período de vigência anterior; e

d) eventuais recuperações de Sinistros junto ao Ressegurador, quando houver

DESPESAS:

a) Comissões de corretagem (e agenciamento, quando houver) pagas durante o período de apuração;

b) Pro-labore (remuneração) pago ao Estipulante durante o período de apuração, quando houver;

c) Valor total dos Sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os Sinistros com pagamento parcelado;

d) Saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados, inclusive da Apólice;

e) Despesas efetivas de administração;

f) Prêmios de resseguro, quando houver;

g) Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR).

Parágrafo 4º. Os valores das receitas e despesas para apuração dos resultados técnicos serão atualizados monetariamente pela variação acumulada do IGPM/FGV, calculada entre a data de sua constituição e a data do cálculo.

CAPÍTULO XIV - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

Seção I - Vigência, Recondução e Renovação da Apólice

Cláusula 46ª. A Apólice terá vigência por prazo determinado de até 5 (cinco) anos, podendo ser reconduzida automaticamente, por igual período, uma única vez, exceto se qualquer das partes comunicar por escrito à outra seu desinteresse na recondução, no mínimo 60 (sessenta) dias antes da data do término da vigência.

Parágrafo único. Se a Seguradora não tiver interesse na recondução da

Apólice, também deverá comunicar os Segurados sobre a decisão, no mesmo prazo estabelecido no caput.

Cláusula 47ª. Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice, no vencimento da Vigência, sem obrigação de devolver os Prêmios pagos nos termos da Apólice.

Parágrafo 1o. As renovações da Apólice, posteriores a primeira, deverão ser efetuadas de forma expressa.

Parágrafo 2º. Na renovação, qualquer alteração da Apólice que implique em ônus, dever adicional ou redução de direitos dos Segurados dependerá de anuência prévia e expressa de, pelo menos, $\frac{3}{4}$ do Grupo Segurado.

Parágrafo 3º. As renovações que não implicarem em ônus, dever adicional ou redução de direitos do Segurados poderá ser realizada diretamente pelo Estipulante.

Cláusula 48ª. Não havendo recondução, nem concordância entre as partes quanto à renovação da Apólice, o Seguro se extinguirá de pleno direito ao final de sua vigência, sem que caiba a devolução dos Prêmios pagos.

Seção II - Vigência do Risco Individual

Cláusula 49ª. A vigência do risco individual, assim entendida a vigência do Seguro relativamente a cada Segurado, terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas das datas determinadas no Certificado Individual e cessará com o término da vigência da Apólice, salvo hipótese de cancelamento do Seguro, nos termos do Capítulo XIV destas Condições Gerais.

Parágrafo 1º. Nos contratos cujas propostas sejam recepcionadas sem pagamento de Prêmio, o Início de Vigência do certificado individual coincidirá com a data de aceitação da Proposta de Adesão ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre o Estipulante e a Seguradora no Contrato de Seguro.

Parágrafo 2º. Nos contratos cujas propostas sejam recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o Início de Vigência do certificado individual coincidirá com a data de recebimento da Proposta de Adesão pela Seguradora.

CAPÍTULO XV - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

Cláusula 50ª. São obrigações do Estipulante:

I - Fornecer à Seguradora todas as informações e documentos solicitados e necessárias à análise e aceitação do risco, incluindo dados cadastrais e informações e documentos relativos aos Proponentes;

II - Remeter à Seguradora as Propostas de Adesão devidamente preenchidas e assinadas e entregar aos Segurados o Certificado Individual, mediante recibo que deverá ser enviado à Seguradora;

III - Manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos Segurados, alterações na natureza dos riscos cobertos, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro, de acordo com as condições contratuais do Seguro;

IV - fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Seguro;

V - Disponibilizar aos proponentes, no momento da adesão ao Seguro, cópia do Contrato de Seguro e destas Condições Gerais com a(s) Cláusula(s) Complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s);

VI - Discriminar explicitamente no documento de cobrança dos Prêmios o respectivo, a denominação da Seguradora e a informação de que o não pagamento do Prêmio poderá ocasionar o cancelamento do Seguro;

VII - Repassar os Prêmios à Seguradora, no prazo estabelecido no Contrato;

VIII - Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice;

IX - Repassar aos Segurados os valores relativos aos Excedentes Técnicos apurados que lhes competirem, observando estritamente a proporção de participação dos Segurados no custeio do Seguro;

X - Discriminar a razão social e o nome fantasia da Seguradora nos documentos e comunicações referentes ao Seguro;

XI - Comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de quaisquer Sinistros, ou expectativa de Sinistro, referente ao Grupo Segurado, assim que deles tiver conhecimento;

XII - Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos para liquidação de Sinistros;

XIII - Comunicar à Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido, bem como quaisquer procedimentos que considerar irregulares relativos ao Seguro;

XIV - Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação do risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante; (se houver cosseguro)

XV - Cumprir e fazer cumprir todas as obrigações previstas no Contrato e nestas Condições Gerais e Cláusula(s) Complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s), com observância dos prazos estabelecidos, conforme o caso;

Parágrafo único. A falta de repasse dos Prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, sujeitará o Estipulante às cominações legais.

Cláusula 51ª. É vedado ao Estipulante:

I - Cobrar dos segurados quaisquer valores relativos ao Seguro, além dos especificados pela Seguradora;

II - fazer propaganda e promoção do Seguro sem a anuência prévia e por escrito da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao Seguro;

III - vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

CAPÍTULO XVI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 52ª. Quaisquer alterações pretendidas no Seguro serão realizadas por aditivo, com a concordância expressa e escrita do Estipulante, e serão ratificadas pelo correspondente endosso.

Parágrafo único. Qualquer modificação da Apólice, inclusive alteração de taxas, que implique em ônus ou dever adicional para os Segurados, ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do Grupo Segurado.

Cláusula 53ª. Não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados pelo Segurado ou por seu Beneficiário, por qualquer forma, os direitos decorrentes deste Seguro.

Cláusula 54ª. A propaganda e a promoção do Seguro, por parte do Corretor ou do Estipulante, somente poderão ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as condições da Apólice e as normas do Seguro, ficando o Estipulante responsável pela fidelidade das informações contidas nas divulgações feitas.

Cláusula 55ª. Toda a responsabilidade pelo pagamento das Indenizações oriundas deste contrato é de exclusiva competência da Seguradora.

Cláusula 56ª. O registro deste plano na Superintendência de Seguros

Privados - SUSEP não implica, por parte da referida Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

Cláusula 57^a. 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.

Cláusula 58^a. A Seguradora não poderá sub-rogar-se nos direitos e ações do Segurado ou do Beneficiário contra o causador do Sinistro.

Cláusula 59^a. Os prazos prescricionais são aqueles definidos em lei:

- a) Prescreve em um ano a pretensão da Segurada contra a Seguradora, contado a partir da ciência do fato gerador da pretensão;
- b) Prescreve em 3 anos a pretensão do Beneficiário contra a Seguradora, contado a partir da ciência do fato gerador da pretensão.

Cláusula 60^a. Ouvidoria da Seguradora estará disponível para acesso dos Segurados por meio de serviço de discagem direta gratuita para o número 0800 701 7000, das 8h às 18h, de 2^a a 6^a feira, exceto feriados.

Cláusula 61^a. As condições contratuais deste produto protocolizadas pela Seguradora junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número do Processo nº 15414.005521/2011-20.

CAPÍTULO XVII - DO FORO

Cláusula 62^a. Para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios resultantes deste Seguro, fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, ressalvado o disposto no Contrato de Seguro com relação a eventuais litígios entre Seguradora e o Estipulante.

Seguro Coletivo de Pessoas – Bradesco

Registro do Produto na SUSEP: 15414.005521/2011-20

COBERTURA DE MORTE

Cláusulas Complementares

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Beneficiário o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do respectivo Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a morte do Segurado por causas naturais ou acidentais durante o Período de Cobertura, observado o disposto no parágrafo único desta cláusula.

Parágrafo único. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a morte do Segurado resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo II, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Morte e, por isso, não geram ao Beneficiário direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO III - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 3ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data da morte do Segurado.

Cláusula 4ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação do Sinistro, são os seguintes:

II - cópia da Certidão de Óbito do Segurado;

III - cópia da Certidão de Casamento atualizada, quando o Beneficiário for o cônjuge, ou em caso de morte do cônjuge;

IV - Declaração de *Causa Mortis* (formulário fornecido pela Seguradora) em caso de morte natural;

V - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;

VI - Laudo de Necrópsia ou Cadavérico;

VII - cópia do Auto de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização;

VIII - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

IX - cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;

X - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do cônjuge;

XI - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário, em caso de morte do Segurado;

XII - cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário menor, órfão de pai e mãe; e

XIII - cópia da sentença judicial declaratória de ausência, devidamente registrada no Cartório de Registro de Pessoas Naturais competente, em caso de morte presumida.

Parágrafo 1o. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos

complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO

Cláusula 5ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, garantindo ao Segurado (ou Beneficiário) o direito ao capital segurado de todas as coberturas contratadas, desde que obedecidas as disposições previstas nas Condições Gerais e Complementares do Seguro.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 6ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Cobertura de Morte todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.005521/2011-20, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

Seguro Coletivo de Pessoas – Bradesco

Registro do Produto na SUSEP: 15414.005521/2011-20

**COBERTURA DE CLÁUSULAS COMPLEMENTARES DA COBERTURA DE
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE**

Cláusulas Complementares

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização correspondente a um percentual do valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, caso ocorra a invalidez permanente total ou parcial do Segurado por causas **exclusivamente acidentais** durante o Período de Cobertura, desde que a invalidez permanente seja devidamente constatada e avaliada quando da alta médica definitiva, após a conclusão do tratamento e após esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis.

Parágrafo 1º. Para efeito desta Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente, considera-se Acidente Pessoal o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, observando-se o seguinte:

1.1. Incluem-se no conceito de Acidente Pessoal: a) o suicídio, ou a sua tentativa, **desde que ocorrido após 2 (dois) anos da vigência inicial da apólice**; b) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto; c) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; d) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e e) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente

por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

1.2. Excluem-se do conceito de Acidente Pessoal: a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto; b) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; c) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por Acidente Pessoal, definido no item 1.1.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se a invalidez permanente do Segurado, mesmo que decorrente de Acidente Pessoal, resultar de qualquer dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo III, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação ou regulação em vigor.

Parágrafo 3º. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro, ou antes da data do acidente, será deduzida do grau de invalidez definitiva, para efeito de indenização.

Cláusula 2ª. O Capital Segurado desta cobertura será automaticamente

reintegrado após cada Sinistro de invalidez permanente accidental parcial.

Parágrafo 1º. Entende-se por reintegração do Capital Segurado a recondução do seu valor máximo estipulado, sempre que for reduzido em razão da dedução de Indenização por invalidez permanente accidental parcial, decorrente de um determinado Sinistro.

CAPÍTULO II - RISCOS COBERTOS

Cláusula 3ª. Além dos casos de Acidente Pessoal, tal como definido na cláusula 1ª, está expressamente coberta a Invalidez Permanente por Acidente decorrente de:

I - acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

II - acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

III - ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, **excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;**

IV - choque elétrico e raio;

V - contato accidental com substâncias ácidas ou corrosivas;

VI - acidentes decorrentes de escapamento accidental de gases e vapores;

VII – infecções e estados septicêmicos (infecção generalizada), quando resultantes exclusivamente de ferimento visível;

VIII - queda n'água ou afogamento;

IX – sequestro, tentativa de sequestro, atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana; e

X - tentativa de salvamento de pessoas ou bens.

CAPÍTULO III - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 4ª. Configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro.

CAPÍTULO IV - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5ª. O valor da Indenização para a Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente será apurado mediante a aplicação dos percentuais estabelecidos na Tabela abaixo sobre o valor do Capital Segurado estabelecido para esta Cobertura, e estará limitada a 100% (cem por cento) do valor do referido Capital:

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	
Parcial Diversas	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70



Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	40
	Mudez incurável	20
	Fratura não-consolidada do maxilar inferior	50
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	20
		25
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	20
	Anquilose total de um dos punhos	25
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	9
	Perda total do uso da falange distal do polegar	15
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	
Parcial Membros Superiores	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre a Importância Segurada
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores Perda total do uso de um dos pés Fratura não-consolidada de um fêmur Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros Fratura não-consolidada da rótula Fratura não-consolidada de um pé Anquilose total de um dos joelhos	70 50 50 25 20 20 20
Parcial Membros Inferiores	Anquilose total de um dos tornozelos Anquilose total de um quadril Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé Amputação do 1º (primeiro) dedo Amputação de qualquer outro dedo Perda total do uso de uma falange do 1º (primeiro) dedo: indenização equivalente a 1/2 , e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo Encurtamento de um dos membros inferiores: de 5 (cinco) centímetros ou mais de 4 (quatro) centímetros de 3 (três) centímetros menos de 3 (três) centímetros	20 20 25 10 3 15 10 6 sem indenização

Cláusula 6ª. Configuram a Invalidez Permanente a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto.

Parágrafo 1º. A perda, redução ou impotência funcional de um membro ou órgão, antes do início de Vigência do Seguro, ou antes da data do acidente, será deduzida do grau de invalidez definitiva, para efeito de indenização.

Parágrafo 2º. Para efeitos de apuração do valor da Indenização, será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Acidente Pessoal.

Cláusula 7ª. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

Parágrafo 1º. Nos casos não especificados nesta cláusula complementar, a Indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

Parágrafo 2º. Quando do mesmo acidente resultar a invalidez permanente de mais de um membro ou órgão, a Indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado. Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não pode exceder à Indenização prevista para a sua perda total.

Parágrafo 3º. Não haverá reintegração do capital, em caso de Sinistro de invalidez permanente acidental total, hipótese em que a cobertura de que trata esta cláusula será extinta.

Cláusula 8ª. Para efeito do cálculo da Indenização, a perda ou a maior

redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do Acidente Pessoal ocorrido durante o Período de Cobertura deste Seguro deverá ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

Cláusula 9ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I - Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - Aviso de Alta Médica (formulário fornecido pela Seguradora);

III - Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

IV - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e o Comprovante de Residência do Segurado;

V - cópia da Carteira Nacional de Habilitação, se o Segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente;

VI - cópia do Brevê e Atestado de Navegabilidade da Aeronave, se o Segurado era o piloto na ocasião do acidente;

VII - cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), juntamente com o Aviso de Sinistro, nos casos de acidente de trabalho;

VIII - cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, quando necessário;

IX - radiografia do membro atingido, se for o caso; e

X - cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez permanente total com alienação mental.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 10ª. As despesas com a comprovação do Sinistro, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Segurado ou do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

Cláusula 11ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 12ª No caso de Sinistro que envolva Invalidez Permanente por Acidente e que apresente divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

Parágrafo 1º. 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.

Parágrafo 2º. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo

Segurado.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempataador, se houver divergência.

Cláusula 13ª. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempataador, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO V - CONTRATAÇÃO

Cláusula 14ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro.

CAPÍTULO VI - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 15ª. Além das disposição desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de Invalidez Permanente por Acidente todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº15414.005521/2011-20 , sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

Seguro Coletivo de Pessoas – Bradesco

Registro do Produto na SUSEP: 15414.005521/2011-20

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

Cláusulas Complementares

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de uma Indenização em caso de invalidez funcional permanente total consequente de doença, que acarrete a perda da sua existência independente.

Parágrafo 1º. Para os efeitos do disposto no *caput* desta cláusula, a "perda da existência independente do Segurado" é caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nestas cláusulas complementares.

Parágrafo 2º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula:

I - se a Invalidez Funcional Permanente e Total do Segurado for consequente de Acidente Pessoal e não de doença;

II – se a doença que causar a Invalidez Funcional Permanente e Total do Segurado resultar de ou configurar qualquer dos Eventos previstos no Capítulo IV como Riscos Excluídos;

III - ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização referidas nas Condições Gerais ou na legislação ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II – DAS DEFINIÇÕES

Cláusula 2ª. Além dos termos definidos no Capítulo II das Condições Gerais do Seguro, as palavras relacionadas abaixo, quando aparecerem no texto destas cláusulas complementares ou de outros documentos relativos a este Seguro, com as iniciais em letra maiúscula, terão o significado abaixo, observando-se que o singular abrange o plural, o masculino o feminino e vice-versa:

1. **Agravo Mórbito** - piora de uma doença

2. **Alienação Mental** - distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

3. **Aparelho Locomotor** - Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
4. **Atividade Laborativa** - qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
5. **Auxílio** - ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
6. **Ato Médico** – procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
7. **Cardiopatia Grave** – doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
8. **Cognição** – conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, a classificação, no reconhecimento etc.
9. **Conectividade com a Vida** – capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
10. **Consumpção** – definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
11. **Dados Antropométricos** – no caso da Cobertura por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
12. **Deambular** – ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
13. **Declaração Médica** – documento elaborada na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
14. **Deficiência Visual** – qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
15. **Disfunção Imunológica** – incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
16. **Doença Crônica** – Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
17. **Doença Crônica em Atividade** – Doença Crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
18. **Doença Crônica de Caráter Progressivo** – Doença Crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
19. **Doença do Trabalho** – aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há

confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

20. **Doença em Estágio Terminal** – aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

21. **Doença Neoplásica Maligna Ativa** – crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

22. **Doença Profissional** – aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

23. **Estados Conexos** – representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

24. **Etiologia** – causa de cada doença.

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

26. **Hígido** – saudável.

27. **Médico Assistente** – médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

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

29. **Quadro Clínico** – conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

30. **Recidiva** – reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.

31. **Refratariedade Terapêutica** - incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

32. **Relações Existenciais** – aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

33. **Sentido de Orientação** – faculdade do indivíduo de se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.

34. **Seqüela** – qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

35. **Transferência Corporal** – capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

CAPÍTULO III - RISCOS COBERTOS

Cláusula 3ª - Está expressamente coberta a invalidez funcional permanente total do Segurado decorrente de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

I - Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;

II - Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;

III - Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;

IV - Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença**;

V - Doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;

VI - Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

VII - Deficiência visual, **decorrente de doença**:

- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

VIII - Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado; e

IX - Estados mórbidos, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

Cláusula 4ª. Também está expressamente coberta a Invalidez Funcional Permanente Total do Segurado decorrente de outros Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença, desde que avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF e que atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

Parágrafo 1º. O Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF é composto pela Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos (Anexo 1) e pela Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade (Anexo 2).

Parágrafo 2º. A Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos (Anexo 1) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

Parágrafo 3º. O 1º grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

Parágrafo 4º. Para a classificação no 2º ou 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali previstas.

Parágrafo 5º. Todos os Atributos constantes na Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

Parágrafo 6º. A Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade valoriza cada uma das situações ali previstas.

Parágrafo 7º. Os itens da Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

CAPÍTULO IV - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 5ª. Além dos Riscos Excluídos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro, configuram Riscos Excluídos da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e, por isso, não geram ao Segurado direito a Indenização:

I - a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais

membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por Acidente Pessoal;

II - a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

CAPÍTULO V - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 6ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data indicada na Declaração Médica de que trata o inciso II da cláusula 7ª.

Parágrafo único. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

Cláusula 7ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são os seguintes:

I – Formulário de Autorização para Crédito em Conta Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);

II - Aviso de Sinistro (formulário fornecido pela Seguradora);

III - Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do Sinistro), atestando a doença e indicando informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido nestas cláusulas complementares; ;

IV - Relatório do médico-assistente do Segurado:

- indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
- detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

V - cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Segurado, bem como seu número de telefone;

VI - documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença). Incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas nestas cláusulas complementares.

VII - cópia autenticada do Termo de Curatela Definitivo, em casos de invalidez laborativa permanente total por doença com alienação mental.

Parágrafo 1º. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos

listados nesta cláusula, conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. 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.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 4º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

Cláusula 8ª. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, inclusive com os documentos necessários, são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante.

Cláusula 9ª. As providências ou atos que a Seguradora praticar visando esclarecer as circunstâncias do Sinistro não constituem ato de reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

Cláusula 10ª No caso de Sinistro que apresente divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica, constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Parágrafo 1º. 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.

Parágrafo 2º. A junta médica deverá ser constituída no prazo de 15 (quinze) dias a contar de protocolo da indicação do médico nomeado pelo Segurado.

Parágrafo 3º. Fica estabelecido que, a partir da constituição da junta médica, o Segurado, assim como a Seguradora, ficará vinculado ao diagnóstico conclusivo da junta, se unânime, ou do terceiro médico desempatador, se houver divergência.

Cláusula 11ª. Na hipótese de constituição de junta médica, o prazo de 30 (trinta) dias para pagamento da Indenização, se for o caso, contar-se-á a partir do dia útil subsequente à data em que a

Seguradora for cientificada, por correspondência do terceiro médico desempatador, do seu diagnóstico conclusivo.

CAPÍTULO VI - CONTRATAÇÃO

Cláusula 12ª. A cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença que tratam estas cláusulas complementares poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer outra(s) Cobertura(s) deste Seguro Coletivo de Pessoas.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 13ª. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

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

Cláusula 14ª. Desde que efetivamente comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o pagamento do Capital Segurado contratado extingue, imediata e automaticamente, esta Cobertura. Nessa hipótese, os Prêmios relativos a esta cobertura eventualmente pagos após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Cláusula 15ª. Além das disposição desta cláusula complementar, aplicam-se à cobertura de invalidez funcional permanente total por doença todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.005521/2011-20, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10

	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.</p>	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

ANEXO 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO	04

ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

IMPORTANTE: A concessão de auxílio doença ou a aposentadoria por invalidez pela Previdência Social (INSS), por regime próprio, por regime especial ou por outra instituição pública ou privada não caracteriza por si só o “quadro clínico incapacitante” necessário à comprovação do evento coberto por este Seguro. Da mesma forma, a incapacidade laborativa, seja ela total ou parcial, temporária ou definitiva, caracterizada pela incapacidade para o exercício de determinada atividade profissional ou laborativa também não configura, por si só, o “quadro clínico incapacitante” necessário à comprovação do evento coberto por este Seguro.

AUXÍLIO FUNERAL

CAPÍTULO I – RISCO COBERTO

Cláusula 1ª. A Cobertura de Auxílio Funeral tem por objetivo garantir ao Beneficiário o reembolso das despesas com o funeral do Segurado até o limite do Capital Segurado contratado.

§1º. Esta Cobertura garante única e tão somente o reembolso das despesas com o funeral, cabendo ao Beneficiário ou outra pessoa responsável a livre escolha do prestador de serviço para as providências relativas ao funeral do Segurado.

§2º. São despesas reembolsáveis pelo Seguro, observado o limite do Capital Segurado contratado:

- a) Urna/Caixão;
- b) Higienização do corpo;
- c) Ornamentação do corpo;
- d) Coroa de flores;
- e) Véu;
- f) Paramentos;
- g) Velas;
- h) Carro fúnebre;
- i) Registro em cartório;
- j) Livro de presença;
- k) Locação de salas para velório;
- l) Taxas de sepultamento; e

m) Locação de jazigo.

§3º. O valor do reembolso estará limitado ao valor do Capital Segurado contratado e constante no Certificado Individual.

CAPÍTULO II – SUBSTITUIÇÃO DO REEMBOLSO POR SERVIÇO

Cláusula 2ª. Mediante acordo entre o Estipulante e a Seguradora, o Contrato poderá prever a substituição do reembolso pela prestação dos serviços de assistência funeral.

§1º. Caso o Beneficiário ou pessoa responsável pela organização do funeral do Segurado opte pela prestação dos serviços de assistência funeral, deverá acionar a empresa credenciada pela Seguradora por meio do telefone de discagem direta gratuita (DDG) constante nas condições contratuais do Seguro, telefones esses disponíveis todos os dias da semana, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

§2º. Nesse caso, a empresa credenciada pela Seguradora para a prestação do serviço de assistência funeral se encarregará de todas as providências necessárias para a realização do funeral, cujos serviços serão executados sempre com respeito às condições de religiosidade ou crença manifestada pelo Beneficiário e/ou família do Segurado.

§3º. Os serviços prestados a título de assistência funeral serão compatíveis com o valor do Capital Segurado contratado, respeitadas as limitações, condições e características específicas de cada localidade.

§4º. Substituído o reembolso pela prestação dos serviços de assistência funeral, o Beneficiário ou quaisquer outras pessoas que tenham atuado na realização do funeral não farão jus ao reembolso de nenhuma despesa.

§5º. Os serviços compreendidos na assistência funeral constarão de Anexo ao Contrato e à Apólice.

CAPÍTULO III - RISCOS NÃO COBERTOS

Cláusula 3ª. Configuram riscos não cobertos deste Seguro e, por isso, não geram direito ao reembolso, os acontecimentos ou eventos previstos nas Condições Gerais, cuja ocorrência não gera a obrigação para a Seguradora fazer o pagamento do reembolso ao Beneficiário. São Riscos não Cobertos do Seguro a morte do Segurado decorrente de:

I) ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada, exceto a prática de esportes, a utilização de meio de transporte mais arriscado, a prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;

II) ato ilícito doloso praticado pelo(s) sócio(s) controlador(es), dirigente(s) e administrador(es) do Estipulante, pelo Segurado, pelo(s) Beneficiário(s) ou respectivos representante de um ou de outro;

III) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes,;

IV) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

V) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou a exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

VI) epidemia ou pandemia declaradas por órgão competente;

VII) suicídio ou sua tentativa nos primeiros 2 (dois) anos contados a partir do início de vigência do Seguro;

VIII) Doenças ou Lesões Pré-Existentes não declaradas;

IX) danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista. Cabe à Seguradora comprovar sua ocorrência com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do

atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente.

CAPÍTULO IV – BENEFICIÁRIO

Cláusula 4ª. O(s) Beneficiário(s) serão aqueles que comprovarem ter arcado com as despesas do funeral do Segurado, mediante apresentação das notas fiscais originais, observado o disposto no Capítulo V destas Condições Gerais.

CAPÍTULO V – REGULAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 5ª. Os documentos básicos que deverão ser encaminhados à Seguradora, acompanhados do Aviso de Sinistro, são os seguintes:

- a) Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente (formulário fornecido pela Seguradora);
- b) cópia da Certidão/Declaração de Óbito do Segurado (documento oficial preenchido e assinado pelo médico que constatou o óbito) ou Cópia do Laudo de Necropsia, em caso de morte acidental;
- c) cópia do RG ou Certidão de Nascimento e CPF do Segurado;
- d) cópia do RG ou Certidão de Nascimento, CPF e comprovante de residência do Beneficiário;
- e) Notas Fiscais originais para comprovação das despesas com o funeral.

§1º. A Seguradora, após receber o Aviso de Sinistro e os documentos relacionados no caput, verifica se o mesmo caracteriza o Risco Coberto nestas Condições Gerais e se o Beneficiário tem ou não o direito à cobertura, efetuando ou recusando o pagamento da Indenização.

§2º. A Seguradora poderá solicitar uma única vez, mediante dúvida fundada e justificável, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados nesta Cláusula.

§3º. As despesas com a comprovação do Risco Coberto, inclusive com os documentos necessários, correrão por conta do Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

§4º. As providências ou atos que a Seguradora praticar não importam, por si mesmas, no reconhecimento da obrigação de qualquer Indenização.

§5º. O pagamento do reembolso será feito de uma única vez no prazo de 30 (trinta) dias contado a partir do recebimento de toda a documentação básica por meio de cheque nominativo, crédito em conta bancária ou ordem de pagamento.

§6º. Esse prazo será suspenso se a Seguradora pedir documentos e informações complementares ao Beneficiário, e somente voltará a correr a partir das 24 horas do dia em que forem completamente atendidas as exigências da Seguradora.

§7º. Em caso de mora da Seguradora, caracterizada pela falta de pagamento da Indenização devida, no prazo de 30 dias, o Capital Segurado será atualizado monetariamente pela variação positiva do IGPM/FGV desde a data do evento e acrescido de juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base *pro rata* dia, da data da ocorrência da mora até a data do efetivo pagamento.

§8º. O pagamento do reembolso pela Cobertura de Auxílio Funeral não gera obrigação à Seguradora em relação ao pagamento de eventual indenização por morte do Segurado, pagamento esse que se subordina integralmente às condições da cobertura de morte, se contratada.

CAPÍTULO VI - CONTRATAÇÃO

Cláusula 6ª. A Cobertura de Auxílio Funeral poderá ser contratada isoladamente ou combinada com qualquer (ou quaisquer) outra(s) Cobertura(s) deste Seguro, desde que obedecidas as disposições previstas nas Condições Gerais e no Contrato de Seguro.

§1º. Poderão ser admitidos como Segurados, desde que previsto no Contrato, o cônjuge/companheiro(a) e/ou filho(s) e/ou enteado(s) e/ou o(s) menor(es) considerados(s) dependente(s) econômico(s) do Segurado, aplicando-se a esses os mesmos limites etários e demais condições estabelecidas para a adesão dos Segurados principais.

§2º. A inclusão das pessoas referidas no §1º desta Cláusula poderá ser feita das seguintes formas:

I – automática, quando abranger as pessoas referidas no §1º de todos os Segurados principais; ou

II – facultativa, quando abranger as pessoas referidas no §1º dos Segurados principais que assim autorizarem.

§3º. A Cobertura de Auxílio Funeral poderá prever Carência, cujo prazo e condições constarão do Contrato de Seguro.

CAPÍTULO VII - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 7ª. Além das disposições deste Anexo, aplicam-se à Cobertura de Auxílio Funeral todas as demais cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas registrado na SUSEP sob nº **15414.005521/2011-20**, sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.

Parágrafo único. O Contrato de Seguro poderá restringir as despesas cobertas previstas na Cláusula 2ª deste Anexo, de comum acordo com o Estipulante.

Seguro Coletivo de Pessoas – Bradesco

Registro do Produto na SUSEP: 15414.005521/2011-20

COBERTURA DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

Cláusulas Complementares

CAPÍTULO I - OBJETIVO DA COBERTURA

Cláusula 1ª. Obedecidas as condições e os limites estabelecidos, assim como o pagamento do Prêmio correspondente, esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado principal o pagamento de uma Indenização correspondente ao valor do Capital Segurado estipulado no Contrato de Seguro e constante da Proposta de Adesão e do Certificado de Seguro, em decorrência de Sinistro coberto do seu cônjuge, durante o Período de Cobertura, observado nos parágrafos desta cláusula.

Parágrafo 1º. A inclusão do cônjuge poderá ser feita de forma automática ou facultativa, conforme estabelecido no Contrato de Seguro, sendo:

I – automática, quando o Seguro abranger os cônjuges de todos os Segurados principais; e

II – facultativa, quando o Seguro abranger os cônjuges dos Segurados principais que assim o autorizarem.

Parágrafo 2º. Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos Segurados, se ao tempo da adesão ao Seguro o Segurado principal era separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

Parágrafo 3º. O Capital Segurado estipulado para a Inclusão de Cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado relativo à(s) respectiva(s) cobertura(s) do Segurado principal.

Parágrafo 4º. Não haverá a garantia de Indenização de que trata o *caput* desta cláusula se o Sinistro resultar de Risco Excluído previsto no Capítulo II, ou se ocorrer qualquer das hipóteses de perda do direito à Indenização previstas no Capítulo XI das Condições Gerais, na legislação

ou regulação em vigor.

CAPÍTULO II - RISCOS EXCLUÍDOS

Cláusula 2ª. Configuram Riscos Excluídos da Inclusão de Cônjuge e, por isso, não geram ao Segurado direito à Indenização, os Eventos previstos no Capítulo IV das Condições Gerais do Seguro bem como na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

CAPÍTULO III - DA INDENIZAÇÃO E DA REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Cláusula 3ª. Para a apuração do valor da Indenização será considerado o valor do Capital Segurado vigente na data do Sinistro, de acordo com o disposto na respectiva cláusula complementar da cobertura contratada pelo Segurado principal.

Cláusula 4ª. Os documentos básicos, necessários para a Regulação e Liquidação de Sinistros, são aqueles estabelecidos na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es) da(s) cobertura(s) contratada(s).

Parágrafo 1o. A Seguradora poderá solicitar, **mediante dúvida fundada e justificável**, outros documentos e/ou informações e esclarecimentos complementares, além dos documentos básicos listados na(s) respectiva(s) cláusula(s) complementar(es), conforme previsto nas Condições Gerais.

Parágrafo 2º. Fica estabelecido o prazo de 30 (trinta) dias para o pagamento da Indenização devida pelo presente Seguro, contado a partir do recebimento de toda a documentação básica de que trata esta cláusula, que comprove a ocorrência de Sinistro e os prejuízos indenizáveis.

Parágrafo 3º. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos e informações ou esclarecimentos complementares ao Beneficiário, conforme permitido por esta cláusula, o prazo de que trata o parágrafo

anterior ficará suspenso e somente voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências pelo Beneficiário.

CAPÍTULO IV - CONTRATAÇÃO

Cláusula 5ª. A cobertura de que trata esta cláusula complementar não poderá ser contratada isoladamente.

CAPÍTULO V - DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula 6ª. Além das disposições desta cláusula complementar, aplicam-se à Inclusão de Cônjuge todas as cláusulas das Condições Gerais do Seguro Coletivo de Pessoas, registrado na SUSEP sob nº 15414.005521/2011-20 , sem prejuízo da aplicação das disposições do Contrato e da legislação e regulamentação em vigor.