

**CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO VIDA EM GRUPO**

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco;
2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização;
3. 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.

2. APRESENTAÇÃO

O seguro de **VIDA EM GRUPO** é um produto com contratação diferenciada, cujas garantias cobrem os colaboradores da empresa incluídos no plano. O custeio poderá ser contributivo ou não, dependendo da escolha do estipulante.

Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas somente as condições correspondentes às garantias aqui previstas e discriminadas, desprezando-se quaisquer outras.

Mediante a contratação do seguro, o segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Contratuais.

Para os casos não previstos nestas condições, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

3. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO

As condições contratuais deste seguro apresentam-se em partes assim denominadas:

Condições Contratuais: é o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta, das condições gerais, especiais e particulares da apólice.

Condições Gerais: são as cláusulas comuns a todas as garantias e/ou modalidades desta apólice de seguro, que estabelecem as obrigações e os direitos do estipulante, do segurado, dos beneficiários e da seguradora.

Condições Especiais: são as cláusulas relativas às garantias do plano de seguro contratado, onde são descritos quais os riscos cobertos e os riscos não cobertos em cada garantia.

Condições Particulares: são as cláusulas que especificam as particularidades da apólice contratada, bem como as condições operacionais acordadas com o estipulante.

4. GLOSSÁRIO

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nas Condições Contratuais, incluímos uma relação em ordem alfabética, com os principais termos técnicos empregados nas condições contratuais.

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

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, ocasionados por evento externo, súbito e violento, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) excluem-se desse conceito:

b.1) 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.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

b.4) 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, conforme definido acima.

AGRAVO MÓRBIDO: É a agravação de uma doença.

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.

APARELHO LOCOMOTOR: Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

APÓLICE: Documento emitido pela seguradora que formaliza a aceitação das garantias solicitadas pelo estipulante.

ATIVIDADE LABORATIVA: Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

AUXÍLIO: A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

ATO MÉDICO: Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

BENEFICIÁRIO: Pessoa física designada pelo segurado ou, na sua ausência, a pessoa determinada por lei para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro coberto.

CAPITAL SEGURADO: É a importância máxima a ser paga ao segurado ou beneficiário em função do valor estabelecido para cada garantia contratada, vigente na data do evento.

CARDIOPATIA GRAVE: Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do Consenso Nacional de Cardiopatia Grave.

CARÊNCIA: É o período contínuo, contado a partir da data de início de vigência do certificado individual ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à indenização.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: É o documento emitido pela seguradora e destinado ao segurado, que confirma a aceitação de sua Proposta de Adesão à apólice coletiva.

COGNIÇÃO: Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.

COMPANHEIRO(A): É a pessoa com quem o segurado titular mantém união estável, ou seja, convivência pública, contínua e duradoura, com o objetivo de constituir família.

CONNECTIVIDADE COM A VIDA: Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

CONSUMPÇÃO: Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

CONTRATO DE SEGURO: É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

DADOS ANTROPOMÉDICOS: No caso da Garantia de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do segurado.

DEAMBULAR: Ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

DECLARAÇÃO MÉDICA: Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico assistente do segurado ou outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

DEFICIÊNCIA VISUAL: Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA: Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

DOENÇA CRÔNICA: Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE: Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO: Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL: Doença 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.

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.

DOENÇA PROFISSIONAL: Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

DOLO: É o ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

DOENÇAS, LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES: São os sinais, sintomas e/ou as doenças, inclusive as congênitas, e as lesões decorrentes dos acidentes pessoais sofridos pelo segurado, antes de sua adesão à apólice, os quais, embora já fossem de seu conhecimento no momento de sua Proposta de Adesão, não foram nela declaradas.

ESTADOS CONEXOS: Representa o relacionamento consciente e normal do segurado com o meio externo.

ESTIPULANTE: É a pessoa jurídica que contrata a apólice coletiva de seguro, investida dos poderes de representação dos segurados nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.

ETIOLOGIA: Causa de cada doença.

EVENTO COBERTO: É o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas Condições Contratuais.

FATORES DE RISCO E MORBIDADE: Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.

FRANQUIA: É o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.

GARANTIAS: São as obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas Condições Contratuais.

GRUPO SEGURÁVEL: É o conjunto de pessoas, homogêneo em relação a uma ou mais características, com um vínculo concreto a uma pessoa jurídica, bem como seus dependentes.

GRUPO SEGURADO: É o conjunto de pessoas do grupo segurável efetivamente aceito no seguro e cuja cobertura esteja em vigor.

HÍGIDO: Saudável.

INDENIZAÇÃO: É o valor a ser pago pela seguradora ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

INVALIDEZ FUNCIONAL POR DOENÇA: É considerada perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas Condições Contratuais e/ou Especiais do seguro.

MÉDICO: É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que presta informações a respeito da saúde do segurado. **Não será aceito como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

PRÊMIO: É o valor pago à seguradora para que esta assumira os riscos cobertos pelo seguro.

PRESCRIÇÃO: Extingue o direito de uma pessoa a exigir de outra, uma prestação (ação ou omissão), ou seja, provoca a extinção da pretensão, quando não exercida no prazo definido em Lei.

PROGNÓSTICO: Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.

PROPOSTA DE ADESÃO: É o documento em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação sob forma coletiva, indica seus beneficiários e manifesta-se pelo conhecimento e aceitação do seguro e suas condições.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: É o documento mediante o qual o estipulante expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as garantias e capitais segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nestas Condições Contratuais.

QUADRO CLÍNICO: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

RECIDIVA: Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acontecimento.

REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA: Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

RELAÇÕES EXISTENCIAIS: Aqueles que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

REPARTIÇÃO SIMPLES: É o regime financeiro no qual o que se arrecada em prêmios é gasto com sinistros, sem que haja um processo de acumulação de reserva para eventos futuros, não sendo possível a devolução dos prêmios já pagos para a vigência decorrida.

SEGURADOS DEPENDENTES: São o cônjuge ou companheiro(a), os filhos, os enteados, desde que sejam menores e dependentes do segurado, de acordo com a legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, quando incluídos no seguro.

SEGURADO TITULAR: É a pessoa física que mantém vínculo com o **estipulante, cuja proposta de adesão à apólice foi aceita pela seguradora.**

SEGURO CONTRIBUTÁRIO: Seguro em que o segurado participa em parte ou na totalidade do pagamento do prêmio.

SEGURO NÃO-CONTRIBUTÁRIO: Seguro em que o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do estipulante.

SEGURADORA: É a empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro.

SENTIDO DE ORIENTAÇÃO: Faculdade do indivíduo se identificar, se relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio.

SEQUELA: Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

SINISTRO: É a ocorrência do evento coberto durante o período de vigência da apólice.

TRANSFERÊNCIA CORPORAL: Capacidade do segurado se deslocar de um local para o outro, sem qualquer auxílio. **Entende-se por auxílio a ajuda humana e/ou a utilização de estruturas ou de equipamentos de apoio físico.**

VIGÊNCIA: É o período pelo qual está contratado o seguro, indicado na apólice e/ou no certificado individual.

5. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de indenização ao segurado titular ou aos seus beneficiários, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos**, desde que respeitadas as condições contratuais.

6. EVENTOS COBERTOS

Para fins deste seguro, consideram-se eventos cobertos aqueles definidos nas condições especiais, que fazem parte integrante e inseparável destas condições contratuais.

Na hipótese de sinistro decorrente de risco simultaneamente amparado por várias garantias, prevalecerá aquela que for mais favorável ao segurado ou aos beneficiários, a critério do indenizado, não sendo admitida a acumulação de garantias, exceto quando da contratação das garantias de Morte e Morte Acidental, em seus limites máximos contratados.

7. GARANTIAS

O seguro de **Vida em Grupo** oferece um total de 16 garantias, divididas em:

7.1 Garantia básica:

Morte

7.2 Garantias adicionais:

- a) Morte Acidental
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
- c) Invalidez Permanente Total por Acidente
- d) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença
- e) Doenças Graves
- f) Despesas Médico-Hospitalares Odontológicas – DMHO
- g) Diária de Incapacidade Temporária – Tabela de Eventos
- h) Diária de Incapacidade Temporária
- i) Indenização Especial para Filhos
- j) Doença Congênita de Filhos
- k) Auxílio Financeiro Imediato
- l) Rescisão Trabalhista
- m) Auxílio Funeral
- n) Auxílio Cesta Básica

7.3 Garantias suplementares:

- a) Inclusão Automática de Cônjuge
- b) Inclusão Automática de Filhos
- c) Inclusão Facultativa de Cônjuge

7.4 Condições para aceitação das garantias:

- a) A garantia básica é de contratação obrigatória;
- b) As garantias adicionais e suplementares são livremente escolhidas pelo estipulante, observados os limites estabelecidos para a contratação e, em nenhuma hipótese, poderão ser contratadas isoladas da garantia básica;
- c) O conjunto de garantias contratado será concedido para todo o grupo segurado de um mesmo plano, respeitando-se as condições de elegibilidade de cada indivíduo.

8. EVENTOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos da cobertura deste seguro os eventos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;**
- b) invasões, hostilidades, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;**
- d) doenças, lesões e acidentes preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;**
- e) epidemias, pandemias ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população, declaradas por órgãos competentes, ou absorção de substâncias tóxicas, exceto escapamento acidental de gases e vapores de caráter coletivo;**
- f) doação e transplantes de órgãos;**
- g) suicídio ou a tentativa de suicídio, cometido dentro dos primeiros 24 meses do início da vigência individual do seguro ou 24 meses após o aumento de capital por solicitação do segurado, sendo devido apenas o pagamento do capital anterior ao aumento;**

- h) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- i) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário, por sócios controladores, dirigentes ou administradores do estipulante, ou pelos respectivos representantes;**
- j) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei, salvo se decorrentes da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.**

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Para as garantias de Morte, Morte Acidental e demais garantias vinculadas à morte do segurado titular ou dos segurados dependentes, a cobertura é válida em todo o globo terrestre.

Para as garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, a cobertura será válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

Para a garantia de Diária de Incapacidade Temporária, o segurado deve exercer suas atividades laborativas em território nacional e a cobertura se dará durante as 24 horas do dia.

Para as garantias de Doenças Graves e Doença Congênita de Filhos a cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

10. CARÊNCIA

É o período contínuo, contado a partir da data de início de vigência do certificado individual ou do aumento do capital segurado por solicitação do segurado titular, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao recebimento da indenização.

Em caso de período de carência estipulado para as garantias previstas nestas Condições Gerais, este será definido nas Condições Particulares.

Haverá carência de 24 meses, para qualquer cobertura, contados a partir do início de vigência do certificado individual ou após aumento de capital, em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado titular ou dependentes.

11. FRANQUIA

É o período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.

Para a garantia de Diária de Incapacidade Temporária haverá franquia de, no mínimo, 15 (quinze) dias a contar da data de ocorrência do evento.

12. CONTRATAÇÃO

A contratação do seguro é realizada mediante a apresentação obrigatória da Proposta de Contratação, assinada pelo estipulante do seguro.

A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo estipulante na proposta de contratação. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

Se for constatado que o grupo segurado difere daquele que serviu de base para o cálculo atuarial, a seguradora se reserva o direito de recalculas as taxas. Na hipótese do estipulante não aceitar as novas taxas propostas, a apólice será cancelada pela seguradora.

Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na proposta, o estipulante deverá solicitar à seguradora, por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data da sua emissão, que corrija as divergências existentes. Decorrido este prazo, considerar-se-á o disposto na apólice.

Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma para outra apólice, da mesma ou de outra seguradora, devem ser mantidos no seguro os segurados titulares afastados do trabalho desde que, no momento da cotação, os mesmos tenham sido devidamente informados à seguradora, bem como as causas de seus afastamentos.

A adesão à apólice coletiva será realizada mediante assinatura da proposta de adesão pelo proponente (Pessoa Física), e as condições contratuais do seguro estarão à disposição do mesmo, previamente à assinatura da respectiva proposta de adesão, devendo o proponente (Pessoa Física), seu representante ou seu corretor de seguros, assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das Condições Contratuais.

Para ingresso no seguro, o segurado titular deverá ter, no mínimo, 14 anos completos a partir do primeiro dia do primeiro mês de vigência.

A idade máxima para contratação estará definida nas condições particulares.

13. ACEITAÇÃO DO SEGURO

A adesão ao seguro se dará através do preenchimento completo da proposta de adesão ao seguro pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros.

A seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco individual, contados da data do recebimento da proposta de adesão, seja para seguros novos ou para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos ou ainda para as renovações. Caberá à seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta de adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora do seu recebimento.

Para a análise da Proposta de Adesão, a seguradora poderá exigir do Proponente, declarações pessoais, exames médicos e/ou qualquer outra prova ou atestado de saúde.

A seguradora poderá solicitar ao Proponente, uma única vez, a apresentação de documentos complementares para a análise e aceitação do risco.

Nesse caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso a partir da solicitação, voltando a correr a partir da data em que forem cumpridas todas as exigências da seguradora.

Caso a seguradora não se manifeste durante o prazo de 15 (quinze) dias, a aceitação da Proposta será automática.

Caso o seguro venha a ser recusado dentro do prazo estipulado, a seguradora enviará uma correspondência ao estipulante ou ao seu corretor, especificando e justificando os motivos da recusa. Na hipótese em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos sujeitam-se a atualização monetária pela variação positiva do Índice de Preço ao Consumidor Ampliado (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a partir da formalização da recusa até a data efetiva da restituição pela seguradora, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

No caso de doença ou de invalidez preexistente informada na Declaração Pessoal de Saúde constante da Proposta de Adesão, a seguradora poderá aceitar o proponente com restrições de cobertura, excluindo os eventos que venham a ser causados pela doença ou pela invalidez informada.

Aposentados por tempo de serviço poderão ser incluídos nas apólices que admitam a respectiva cobertura deste grupo com direito a todas as garantias do seguro, inclusive IFPD. Aposentados por invalidez que não tenham recebido indenização de IFPD (ou IPD) em outra seguradora terão direito a todas as garantias. Aposentados por invalidez que já tenham recebido indenização de IPD ou IFPD em outra seguradora não serão aceitos. Em todos os casos é necessário que os mesmos atendam a todas as demais condições estabelecidas no contrato para a aceitação de proponentes.

A aceitação do seguro implicará na emissão de Certificado Individual de Seguro por parte da seguradora, que será entregue ao estipulante, e conterá, no mínimo, a data de início de vigência do seguro e os capitais segurados de cada garantia contratada.

Com a entrega dos Certificados Individuais ao estipulante, a seguradora passa a este a obrigação de entregar os Certificados Individuais aos segurados.

14. VIGÊNCIA DO SEGURO

O início de vigência do seguro de Vida em Grupo, será a partir das 24:00 horas do dia da aceitação da proposta de adesão ou contratação pela seguradora quando não houver o pagamento do prêmio, ou no caso de haver o pagamento, será a partir das 24:00 horas da data do pagamento, ou em data posterior se solicitado expressamente pelo proponente ou estipulante. As datas de início e fim de vigência estarão expressas nas Condições Particulares.

15. RENOVAÇÃO

A apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez por período igual ao determinado nas Condições Particulares, **caso não haja expressa desistência do estipulante ou da seguradora até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência.** As renovações posteriores

ocorrerão mediante expressa solicitação do estipulante.

No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, a cobertura de cada segurado cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.

Na renovação será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas. **Caso haja qualquer alteração que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo segurado.**

Na renovação da apólice será emitido pela seguradora o Certificado Individual do Seguro, que será entregue ao estipulante e conterá, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada garantia contratada e o prêmio total.

16. CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é valor máximo para a garantia contratada a ser pago ou reembolsado pela seguradora em caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

O tipo de capital escolhido pelo estipulante estará especificado nas Condições Particulares e o valor do capital segurado individual estará descrito de forma expressa no certificado individual de seguro.

17. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO

Os valores do prêmio e do capital segurado poderão ser reajustados anualmente na data de aniversário do contrato, com base no índice do IPCA/IBGE. Na falta, extinção ou proibição do uso deste índice, a atualização monetária poderá ter como base o índice oficial que o substituir.

Alternativamente ao critério de atualização pelo índice IPCA/IBGE, os novos valores de capitais segurados e prêmios poderão ser calculados em função de variação salarial praticada no período, informada pelo estipulante. A forma de cálculo, nesse caso, estará descrita nas Condições Particulares.

As atualizações de capital segurado serão aplicadas a todos os segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para o restante do grupo.

Para os seguros de prazo igual ou inferior a 1 (um) ano não haverá atualização de valores.

18. PAGAMENTO DO PRÊMIO

Para garantir o direito à cobertura dos segurados, o estipulante deverá efetuar o pagamento do prêmio do seguro até a data de vencimento.

O prêmio do seguro deverá ser pago mensalmente durante o período de vigência da apólice e a forma e a periodicidade de cobrança deste seguro serão estabelecidas no ato da contratação.

Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o estipulante poderá efetuar o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias.

Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, este poderá ser pago até o 59º dia posterior ao vencimento da parcela em atraso, e será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido, com correção do IPCA/IBGE, juros diários e multa.

Decorrido o prazo definido no parágrafo anterior, e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reativada. Havendo interesse do segurado ou estipulante, deverá ser contratado um novo seguro, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento. Neste caso, não caberá qualquer restituição dos prêmios anteriormente pagos.

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

O estipulante obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição de tal correspondência.

É vedada ao estipulante a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação, ou o recolhimento a título de prêmio do seguro, de qualquer valor além daquele fixado pela seguradora e a ela devido.

Caso o estipulante receba, juntamente com o prêmio qualquer outro valor, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança ou no recolhimento, o valor do prêmio de cada segurado.

O estipulante, nos seguros contributários, salvo em caso de cancelamento do certificado individual, só poderá interromper o desconto do valor do prêmio em folha mediante expressa solicitação do segurado titular, o qual assumirá a obrigação de pagamento do prêmio.

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

Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos devidamente atualizados segundo a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando “pro rata temporis” o período em que vigorou a cobertura.

No caso de recebimento indevido de prêmio, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos à atualização monetária a partir da data de recebimento até a data de devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.

De acordo com as características do seguro, não está prevista a devolução ou resgate de prêmio, pois trata-se de regime de repartição simples.

19. RECÁLCULO E REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO

Recálculo:

O prêmio do seguro será recalculado anualmente em função das alterações ocorridas no grupo segurado naquele período. A seguradora reserva-se o direito de recalculer e alterar o prêmio mensal antes da data prevista, com prévio aviso ao estipulante e mediante anuência de ao menos três quartos do grupo segurado, caso gere ônus ou dever para o segurado, se ocorrer alteração significativa no grupo segurado que possa influenciar a definição da taxa.

Reavaliação:

As características do seguro como prêmios, garantias e limites serão reavaliadas anualmente, tomando-se como base a experiência no período anterior, para manter o equilíbrio técnico-atuarial da apólice. Quando houver necessidade de alteração do prêmio, isto será feito em comum acordo entre as partes.

Caso haja alteração das taxas que gere ônus ou dever para o segurado durante a vigência da apólice, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e sua efetivação dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

20. CANCELAMENTO DA APÓLICE

A apólice mencionada nestas condições contratuais poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante aviso prévio de 60 dias e acordo entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo estipulante, e com anuência prévia e expressa do corretor e dos segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

Neste caso, a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “pro rata temporis”. Quando houver devolução de prêmio, este será corrigido pelo índice IPCA/IBGE a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se a mesma ocorrer por iniciativa do segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se a mesma ocorrer por iniciativa da seguradora.

20.1. CANCELAMENTO DO CERTIFICADO INDIVIDUAL

Respeitado o tempo de cobertura proporcional ao prêmio pago, o certificado individual será cancelado e as coberturas do seguro cessarão imediatamente se:

- a) o segurado titular solicitar a sua exclusão da apólice;
- b) a apólice de seguro não for renovada ao final de sua vigência;
- c) a apólice de seguro for cancelada durante a sua vigência, por acordo entre as partes;

- d) por cessação do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago;
- e) o estipulante deixar de pagar qualquer parcela do prêmio com atraso de até 59 dias;
- f) ocorrer a morte do segurado;
- g) for pago o capital segurado previsto para a garantia Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;
- h) o segurado agravar intencionalmente o risco;
- i) o segurado, seus beneficiários ou os representantes de ambos, fraudarem ou tentarem fraudar, agirem com dolo ou simulação na contratação do seguro ou durante a sua vigência, para obter ou majorar os valores devidos pela seguradora;
- j) o segurado, seus beneficiários ou os representantes de ambos, simularem um sinistro ou ainda agravarem as consequências para obter indenização ou dificultar sua elucidação;
- k) o segurado, seu representante ou seu corretor de seguros intencionalmente fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam ter influído na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio;

Se o estipulante deixar de repassar à seguradora as mensalidades pagas pelos segurados, mesmo que os segurados possuam comprovantes destes pagamentos, tal fato constituirá motivo para o cancelamento do seguro, uma vez que caracteriza a inadimplência, ficando o estipulante sujeito às cominações legais. Neste caso, a seguradora fica autorizada a emitir faturas individuais em nome dos segurados.

20.2 CESSAÇÃO DA COBERTURA

**Independentemente da garantia, a cobertura do risco individual cessará:
Segurado titular:**

- a) com o cancelamento da apólice;**
- b) com o término do vínculo entre o segurado titular e o estipulante;**
- c) quando o segurado titular solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;**
- d) no último dia do mês de vigência do seguro que se seguir à data do pedido de cancelamento da garantia, qualquer que seja ela, por escrito, por parte do estipulante;**
- e) quando for indenizado o total do capital segurado previsto para a garantia.**

Segurado Dependente:

- a) com a exclusão do grupo ou cessação da cobertura do segurado titular;**

- b) no caso de morte do segurado titular;
- c) quando o segurado dependente for cônjuge do segurado titular, com a separação judicial ou divórcio; quando for o companheiro, com a solicitação escrita de cancelamento feita pelo segurado titular;
- d) no caso de cancelamento do seu registro, quando se tratar de companheira(o);
- e) no caso de cessação da condição de dependente previsto na forma de Lei;
- f) quando o segurado dependente for filho ou dependente do segurado titular, ou filho do companheiro ou do cônjuge do segurado titular, com a cessação de dependência, conforme previsto no regulamento do Imposto de Renda;
- g) quando o segurado dependente for filho apenas do cônjuge do segurado titular, com a separação judicial ou o divórcio dos cônjuges;
- h) quando o segurado dependente for filho apenas do companheiro do segurado titular, com o cancelamento do registro de dependência da mãe e/ou pai;
- i) a pedido do segurado titular por escrito;
- j) a pedido do estipulante por escrito.

21. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Na ocorrência de um sinistro, o estipulante, segurado ou seus beneficiários, deverão comunicá-lo imediatamente à seguradora através dos formulários de aviso de sinistro.

Os formulários devem ser preenchidos, assinados e enviados, junto com toda a documentação necessária, para a Prudential do Brasil Vida em Grupo S/A no seguinte endereço:

Prudential do Brasil Vida em Grupo – Gerência de Sinistro Pessoas
Caixa Postal 68.003
CEP: 04045 – 972
São Paulo – SP

21.1. Documentação básica necessária (entregue na forma de cópia autenticada em cartório público):

- a) **Segurado:** cópia autenticada da carteira de Identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF, cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo);
- b) **Beneficiário:** cópia autenticada da carteira de Identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF (inclusive para menores de 14 anos), Certidão de Casamento atualizada após o óbito (caso de cônjuge), Certidão de Nascimento (caso de filhos), documentos que comprovem

a união estável (em caso de companheiro(a) e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo).

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

Para pessoas com idade inferior a 18 (dezoito) anos sem pai e mãe, a indenização será paga conforme o estabelecido na legislação vigente.

Na falta de indicação de beneficiários, a indenização ocorrerá de acordo com legislação em vigor.

Nesta situação, além dos documentos indicados acima, enviar Declaração de Herdeiros conforme modelo fornecido pela seguradora.

21.2. Documentação complementar:

Além da documentação básica necessária, deverão ser entregues os seguintes documentos complementares, conforme a natureza do sinistro.

21.2.1 Em caso de Morte do segurado:

- cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante;
- relatório do médico (formulário original fornecido pela seguradora) preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado;
- formulário de Autorização para Crédito em Conta preenchido e assinado por cada beneficiário;
- cópia da ficha de registro de empregado, completa e atualizada;
- cópia do último holerite.

21.2.2 Em caso de Morte Acidental do segurado:

- formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante;
- formulário de Autorização para Crédito em Conta preenchido e assinado por cada beneficiário;

- cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;
- cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver registro;
- cópia do Laudo de Necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal - IML;
- cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológico, se realizados;
- cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho pela empresa – CAT, em caso de acidente de trabalho;
- cópia da Carteira de Habilitação – CNH, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- cópia do Laudo da Perícia Técnica emitido pela Autoridade Policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; e
- cópia do último holerite.

Caso a Garantia de Indenização Especial para Filhos tenha sido contratada, além dos documentos acima, necessários em caso de Morte Natural ou Acidental do segurado, também serão necessários documentos que comprovem a dependência dos filhos ou enteados, nos termos previstos no Regulamento do Imposto de Renda e/ou Previdência Social.

21.2.3 Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- formulário de Autorização para Crédito em Conta preenchido e assinado pelo segurado;
- formulário de Relatório Médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado;
- cópia do Boletim de Ocorrência Policial, quando houver registro;
- cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, em caso de acidente de trabalho;
- exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que tenham fotos ou raio x, que serão posteriormente devolvidos;
- cópia do Laudo de Necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal - IML, se realizado;
- cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológico, se realizados;

- cópia da Carteira de Habilitação – CNH, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- cópia do Laudo da Perícia Técnica emitido pela Autoridade Policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; e
- cópia do último holerite.

21.2.4 Em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:

- formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- formulário de Autorização para Crédito em Conta preenchido e assinado pelo segurado;
- formulário de Relatório Médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado;
- exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que tenham fotos ou raio x, que serão posteriormente devolvidos;
- cópia da carta de concessão de aposentadoria concedida pelo INSS, caso esteja aposentado por este motivo;
- declaração médica original contendo a data em que a doença foi diagnosticada e caracterizada como invalidez total;
- cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; e
- cópia do último holerite.

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.

Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados ou providenciados pela seguradora.

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

21.2.5 Em caso de Doenças Graves ou Doença Congênita:

- formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou reclamante;
- formulário de Autorização para Crédito em Conta preenchido e assinado pelo segurado;

- formulário de Relatório Médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado;
- exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que tenham fotos ou raio x, que serão posteriormente devolvidos;
- cópia do prontuário médico em caso de internações hospitalares;
- cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; e
- cópia do último holerite.

21.2.6 Em caso de Diária de Incapacidade Temporária (DIT):

- formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado ou reclamante;
- formulário de Autorização para Crédito em Conta preenchido e assinado pelo segurado;
- formulário de Relatório Médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado;
- cópia do Boletim de Ocorrência Policial (quando houver registro);
- cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho pela empresa – CAT, em caso de acidente de trabalho;
- atestado médico original confirmando o afastamento profissional;
- exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão ou doença que ocasionou o afastamento das atividades profissionais. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que tenham fotos ou raio x, que serão posteriormente devolvidos;
- cópia da Ficha de registro de empregado completa e atualizada;
- cópia do Laudo de Necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal - IML, se realizado;
- cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológico, se realizados;
- cópia da Carteira de Habilitação – CNH, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- cópia do Laudo da Perícia Técnica emitido pela Autoridade Policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; e
- cópia do último holerite.

21.2.7 Em caso de Auxílio Funeral:

- cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante;
- relatório do médico (formulário original fornecido pela seguradora) preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado;
- formulário de Autorização para Crédito em Conta preenchido e assinado por cada beneficiário;
- notas fiscais originais dos serviços e produtos comprados para o funeral do segurado;
- cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; e
- cópia do último holerite.

21.2.8 Em caso de Auxílio Cesta Básica, Auxílio Financeiro Imediato e Rescisão Trabalhista:

- cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- formulário de Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante;
- relatório do médico (formulário original fornecido pela seguradora) preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado;
- formulário de Autorização para Crédito em Conta preenchido e assinado por cada beneficiário;
- cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; e
- cópia do último holerite.

21.2.9 Em caso de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
- Notas Fiscais originais;
- Resultados dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);

- Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS;
- Receita Médica.

22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Todos os pagamentos de indenizações referentes a este seguro serão efetuados no Brasil e em moeda corrente nacional.

O prazo para o pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos e complementares previstos nas condições contratuais. No caso de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundamentada e justificável, este prazo será suspenso e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização estará sujeito a aplicação de juros de mora, sem prejuízo de multa no importe de 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez.

Os juros moratórios, de 12% (doze por cento) ao ano, serão calculados, em base “*pro rata die*”, desde o primeiro dia subsequente àquele em que a obrigação tornou-se contratualmente exigível, até a data do efetivo pagamento.

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

- a) no caso das garantias de Morte, Auxílio Funeral, Auxílio Cesta Básica, Auxílio Financeiro Imediato, tomar-se-á como data do sinistro a data do óbito.
- b) nas garantias adicionais de Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, considerar-se-á como data do sinistro a data do acidente.
- c) na garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, tomar-se-á como data do sinistro a data da caracterização da invalidez permanente, indicada na declaração médica. A data da invalidez será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
- d) na garantia de Doenças Graves e Doença Congênita de Filhos tomar-se-á como data do sinistro a data do diagnóstico médico consignado por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

- e) na garantias de Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas, considerar-se-á a data do início do tratamento médico.
- f) na garantia de Diária de Incapacidade Temporária, considerar-se-á:
- a data do acidente que gerou a Incapacidade Temporária por Acidente Pessoal; ou
 - a data de início do afastamento, no caso de Incapacidade Temporária por Doença.

23. JUNTA MÉDICA

Se existirem divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões ou doenças, bem como a avaliação da incapacidade, relacionadas ao segurado, será proposto pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de junta médica composta por três membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

Não serão aceitos como peritos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, seus parentes consanguíneos ou afins, ainda que habilitados a exercer a prática da Medicina.

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

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

Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

24. PERÍCIA DA SEGURADORA

No caso de incapacidade, o segurado autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

25. DO PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

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

contrato.

As atualizações serão efetuadas com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora definirá índice substituto dentre os possíveis.

Em caso de alteração dos critérios de atualização monetária estabelecidos pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) em função de legislação superveniente, fica acordado que as condições previstas neste item serão imediatamente enquadradas às novas disposições.

O não cumprimento das obrigações pela seguradora ou pelo segurado previstas nestas Condições Contratuais, os sujeitarão aos juros de mora equivalentes a 12% ao ano, calculado na base “pro rata temporis”.

Os juros de mora serão aplicáveis a partir do primeiro dia subsequente ao vencimento dos prazos previstos nas Condições Gerais.

26. PERDA DE DIREITOS

O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando:

a) deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;

b) agravar intencionalmente o risco segurado;

c) por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais e/ou seu representante legal procurar obter benefícios do presente contrato;

d) fizer declarações inexatas, por si, seu representante ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido ou, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível, ou restringir a cobertura contratada;

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização parcial: cancelar o seguro após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, ou mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro,

cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado, ou restringir a cobertura contratada para riscos futuros;

III - na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelar o seguro após o pagamento da indenização, cobrando ou deduzindo do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível ou restringir a cobertura contratada para riscos futuros;

e) o sinistro decorrer de dolo do segurado, má fé, fraude e/ou simulação;

f) deixar de comunicar imediatamente à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização se ficar comprovado que silenciou de má-fé;

A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

O cancelamento do contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

Na hipótese de continuidade do contrato, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

27. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

São Obrigações do estipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo seus dados cadastrais e dos segurados;
- b) manter a sociedade seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, e/ou documentos pessoais dos segurados necessários para atendimento à Circular Susep nº 380/2008 referente à prevenção do crime de lavagem de dinheiro, ou norma que a substitua, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

- g) discriminar o nome da seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- h) comunicar, tão logo tome conhecimento, à seguradora a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

28. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

28.1. Beneficiários em caso de Morte

Esta cláusula é válida para todas as coberturas relacionadas à morte do segurado titular, exceto para a Indenização Especial para Filhos e Rescisão Trabalhista, cujos beneficiários estão definidos no item 28.5 e no item 28.6, respectivamente.

A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito e que deverá ser mantida em poder do estipulante.

Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o capital segurado ao antigo beneficiário designado.

Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um.

Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

Na hipótese de morte do(s) beneficiário(s) indicados(s) ocorrer antes da morte do segurado titular (premoriência), a parte a ele(s) determinada será paga aos beneficiários determinados pela legislação em vigor.

Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado titular e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às garantias dos segurados, titular e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos beneficiários determinados pela legislação em vigor.

Em caso de contratação das garantias suplementares de Inclusão Automática/Facultativa de Cônjuge e Inclusão Automática de Filhos, o beneficiário será sempre o segurado titular.

A falta de indicação expressa de beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles determinados pela legislação em vigor.

28.2 Beneficiários em caso de Invalidez

Nas garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com esta cláusula beneficiária, item 28.1.

28.3 Beneficiários em caso de Doenças Graves e Doença Congênita de Filhos

Na garantia de Doenças Graves e Doença Congênita de Filhos, o beneficiário será sempre o segurado titular, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com esta cláusula beneficiária, item 28.1.

28.4 Beneficiários em caso de Diária de Incapacidade Temporária

Na garantia de Diária de Incapacidade Temporária, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com esta cláusula beneficiária, item 28.1.

28.5 Beneficiários em caso de Indenização Especial para Filhos

Na garantia de Indenização Especial para Filhos, os beneficiários serão os filhos do segurado titular, considerados dependentes, nos termos previstos no Regulamento do Imposto de Renda e/ou Previdência Social.

28.6 Beneficiário em caso de Rescisão Trabalhista

Na garantia de Rescisão Trabalhista, o beneficiário será o estipulante deste seguro.

28.7 Beneficiários em caso de Inclusão de Cônjuge

Na garantia suplementar de Inclusão de Cônjuge, o beneficiário será sempre o segurado titular, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com esta cláusula beneficiária, item 28.1.

28.8 Beneficiários em caso de Inclusão de Filhos

Na garantia suplementar de Inclusão de Filhos, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na

eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com esta cláusula beneficiária, item 28.1.

29. ALTERAÇÃO DA APÓLICE

Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo proponente ou estipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e receber concordância de ambas as partes contratantes.

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

Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

30. COMUNICAÇÕES

As comunicações do segurado ou estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas na seguradora. As comunicações da seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na apólice.

As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado ou estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do segurado ou estipulante.

31. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

32. SOLUÇÃO AMIGÁVEL DE CONFLITOS

Para a solução amigável de eventuais conflitos relacionados a este contrato, o segurado poderá entrar em contato com a Prudential do Brasil Vida em Grupo por meio da Central de Atendimento: 0800 730 0011, de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 20h, exceto feriados. Dúvidas, sugestões e reclamações: fale com seu corretor de seguros. Se preferir, ligue para o SAC da Prudential Vida em Grupo: 0800 730 0012, 24h. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, de posse do protocolo, contate a Ouvidoria Prudential Vida em Grupo: 0800 200 1020, de segunda-feira à sexta-feira, das 8h30 às 17h30, exceto feriados. Em caso de deficiência auditiva ou de fala: 0800 730 0013, todos os dias, 24h.

33. FORO

Fica eleito o foro do domicílio do Segurado, ou conforme o caso, o do seu beneficiário, para dirimir eventuais questões oriundas do presente contrato de seguro. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.