Prudential

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL

CONDIÇÕES GERAIS

Condições Gerais

CAPITAL GLOBAL

Sumário

1. Objetivo do seguro
2. Eventos cobertos
3. Coberturas
4. Riscos excluídos
5. Âmbito territorial da cobertura
6. Idade do segurado
7. Vigência do seguro
8. Contratação do seguro
9. Aceitação do seguro, inclusão de segurados e dependentes
10. Alteração da apólice
11. Renovação
12. Das Omissões e Agravamento de Risco
13. Capital segurado
14. Pagamento do prêmio
15. Recálculo e reavaliação do prêmio
16. Carência
17. Franquia
18. Cancelamento
19. Procedimento em caso de sinistro
20. Junta médica
21. Perícia da seguradora
22. Cláusula beneficiária
23. Atualização dos valores do seguro
24. Obrigações do estipulante
25. Comunicações
26. Foro
27. Disposições finais
28. Privacidade e Proteção de Dados
29. Cláusula de violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais
30. Disposições finais
31. Glossário de termos técnicos

Condições Especiais das Coberturas

Condições Gerais
CAPITAL GLOBAL

1. Objetivo do seguro

1.1. O seguro de pessoas com capital global é uma modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada segurado sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

1.2. Este seguro tem por objetivo garantir a indenização ao segurado ou a seu(s) beneficiário(s) na ocorrência de eventos previstos nas coberturas contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, respeitando-se os demais itens destas condições gerais.

1.3. Os produtos comercializados pela Prudential do Brasil Seguros S.A. são seguros de vida personalizados e de contratação coletiva. **Sendo assim, tais produtos não se caracterizam como plano de previdência privada, aposentadoria ou investimento e não têm como objetivo proporcionar ganhos financeiros ao segurado ou a seu(s) beneficiário(s).**

1.4. **A aceitação da proposta estará sujeita à análise de risco pela seguradora, feita a partir das informações necessárias fornecidas pelo proponente, de exames e documentos solicitados pelo segurador, em conformidade com o que determina o artigo 44 da Lei 15.040, de 2024.**

1.4.1. A omissão dolosa do proponente no dever de informar importará em perda da garantia, sem prejuízo do pagamento do prêmio e da obrigação de ressarcir pelas despesas efetuadas pelo segurador;

1.4.2. O descumprimento culposo do dever de informar implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

2. Eventos cobertos

2.1. Para fins deste seguro, consideram-se eventos cobertos aqueles definidos nas condições especiais, as quais constituem parte integrante e inseparável destas condições contratuais.

2.2. Na hipótese de sinistro decorrente de risco simultaneamente amparado por várias coberturas, prevalecerá aquela que for mais favorável ao segurado e/ou ao(s) beneficiário(s).

3. Coberturas

3.1. O detalhamento das coberturas deste seguro se encontra ao final do documento como Condições Especiais. Conforme as conjugações disponibilizadas pela seguradora, qualquer cobertura poderá ser contratada como Cobertura Básica ou Principal, e as demais coberturas serão consideradas Coberturas Adicionais ou Especiais.

3.1.1 **Básica:**

- Morte

3.1.2 **Adicionais:**

- Morte Acidental

- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença
- Doenças Graves
- Auxílio Cesta Básica
- Rescisão Trabalhista
- Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas por Acidente

3.1.3 **Suplementares:**

- Morte Cônjuge
- Morte Filhos

3.2. A contratação da cobertura básica é obrigatória.

3.3. Desde que haja contratação da cobertura básica, o estipulante pode solicitar a inclusão das coberturas adicionais e/ou suplementares, obedecidas as conjugações permitidas pela seguradora, mediante o pagamento do prêmio correspondente;

3.4. A cobertura de Doenças Graves poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;

3.5. As coberturas contratadas serão válidas para todo o grupo segurado, respeitando-se as condições de inclusão de segurados no grupo, conforme definido no item 9 destas condições gerais, bem como os limites de capital individual de cada perfil segurado, definidos na proposta de contratação.

4. Riscos excluídos

4.1. **Atenção: as situações abaixo NÃO ESTÃO COBERTAS POR ESTE SEGURO. Independentemente de ter sido contratada a cobertura Básica, Adicional ou Suplementar, caso ocorra qualquer dos eventos especificados abaixo, não será devido pagamento de qualquer valor ao segurado ou beneficiário.**

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, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, 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 a outrem;

c) atos terroristas, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada por laudo circunstanciado, que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que ele tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade competente;

d) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo, assim declarados por órgão competente;

e) fenômenos naturais extremos, como tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas;

f) atos ilícitos dolosos praticados pelo estipulante (na figura de seus sócios controladores, dirigentes e administradores), pelo segurado, pelo(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal, de um ou de outro;

g) atos reconhecidamente perigosos (tais como, mas não se limitando a, prática de esportes clandestinos, rachas, escaladas solo, atos de vandalismo, participação em conflitos armados, manipulação de explosivos, atos de sabotagem, contrabando, transporte de drogas) que não sejam motivados por necessidade justificada, salvo se decorrente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;

h))prática de parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem devida habilitação legal, inclusive aposta ou rachas, exceto na prática de esportes profissionais e nos casos nos quais o segurado tenha informado previamente à seguradora, e esta tenha prévia e expressamente aceito o risco informado;

i) doenças, lesões, acidentes ou estados patológicos preexistentes à contratação do seguro, que eram de conhecimento do segurado e não foram declarados na proposta de adesão, quando constituírem causa principal ou exclusiva do sinistro

4.2. **O beneficiário também não tem direito ao capital segurado estipulado no certificado individual, quando o segurado se suicida nos primeiros 2 (dois) anos da vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, ou do aumento do capital segurado. Nesta última hipótese, a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado, conforme disposto no parágrafo 1º art. 120 da Lei 15040. A exclusão não se aplica em caso de suicídio involuntário do segurado.**

5. Âmbito territorial da cobertura

5.1. O âmbito territorial das coberturas está descrito nas condições especiais.

6. Idade do segurado

6.1. O contrato de seguro poderá ser firmado por pessoas maiores e capazes, ou por seus representantes legais e/ou estipulantes.

7. Vigência do seguro

7.1. Este Seguro Coletivo é contratado por prazo determinado, sem renovação automática. A Seguradora notificará o Estipulante 30 (trinta) dias antes do término do período de vigência sobre seu interesse em renovar ou em não renovar.

7.2. O início e o término de vigência do seguro são fixados na apólice. A cobertura individual será às 24h (vinte e quatro horas) da data de admissão do empregado, estagiário ou da data de inclusão no contrato social do sócio e dos diretores estatutários.

7.3. As apólices e os endossos/aditamentos terão início e término de vigência às 24h das respectivas datas indicadas nesses documentos.

7.4. **A cobertura dos segurados cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice de**

seguro, caso ele não seja renovado, respeitando o período correspondente aos prêmios efetivamente pagos.

7.5. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de assinatura da proposta, desde que tenha ocorrida a aceitação da proposta pela seguradora, ou se dará em data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

7.6. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência da cobertura ocorrerá partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

8. Contratação do seguro

8.1. A contratação, alteração ou renovação não automática do seguro somente poderá ser realizada mediante o preenchimento e assinatura da proposta pelo Estipulante, seu representante legal ou corretor de seguros. O Estipulante ou o potencial segurado deverá fornecer todas as informações solicitadas pela seguradora, bem como quaisquer dados relevantes de que tenha conhecimento ou que razoavelmente devesse conhecer, para que a proposta seja analisada e a taxa utilizada no cálculo do prêmio seja definida.

8.2. A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo estipulante na proposta de contratação. Essas declarações determinarão a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente, observando-se a obrigação do estipulante disposta no item 8.3. As partes e terceiros intervenientes devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos.

8.3. **Caso a seguradora constate que foram fornecidas informações não verídicas, ou que determinem que o grupo segurado seja diferente daquele que serviu de base para o cálculo atuarial, a seguradora terá direito de recalcular o valor do prêmio. Na hipótese do novo cálculo não ser aceito pelo estipulante a apólice será cancelada pela seguradora. A partir da data do cancelamento, o Estipulante, será responsável por qualquer indenização devida ao grupo segurado, bem como por eventual ressarcimento à seguradora por danos ou despesas que ela venha a sofrer, materiais ou imateriais.**

8.4. **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 sejam corrigidas as divergências existentes. Decorrido esse prazo, será considerada válida a redação disposta na apólice.**

9. Aceitação do seguro, inclusão de segurados e dependentes

9.1. A inclusão do segurado na apólice coletiva será realizada de forma automática, desde que satisfeitos os requisitos de inclusão de segurados, previstos na cláusula 9.5, mediante a assinatura, pelo estipulante, de proposta de contratação na qual constará cláusula em que ele declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais e das condições especiais. O início de vigência de cada segurado se dará às 24 horas da data de admissão junto ao estipulante, respeitando-se as condições de aceitação.

9.2. A seguradora fornecerá ao estipulante, obrigatoriamente, o protocolo identificando a proposta de

contratação por ela recepcionada, com indicação de data e hora de seu recebimento.

9.3. A seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para se manifestar sobre a proposta de contratação, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

9.3.1. A seguradora poderá solicitar ao proponente documentos complementares, além de declarações pessoais, exames médicos e/ou qualquer outra prova ou atestado de saúde para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta de contratação, o que poderá ser feito apenas uma vez durante esse prazo. Nesse caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que houver a entrega de toda a documentação solicitada.

9.4. A seguradora fará, obrigatoriamente, a comunicação formal no caso de não aceitação da proposta de contratação, justificando a sua recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

9.4.1. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devolvido no momento da formalização da recusa, sendo 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. Nesse caso, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

9.5. **Requisitos para inclusão de segurados no grupo segurado**

9.5.1 **Empregados/estagiários:** desde que em plena atividade profissional na empresa, em boas condições de saúde física e mental, que conste(m) da Guia de Recolhimento do FGTS (GFIP), ou eSocial ou contrato de estágio, na data de assinatura da proposta de contratação ou após o início de vigência da apólice, com existência de vínculo empregatício com o estipulante.

9.5.2 **Sócios/diretores estatuários:** desde que em plena atividade profissional na empresa, em boas condições de saúde física e mental, tenha vínculo com estipulante através de Contrato Social ou Estatuto Social e/ou Ata de Eleição na data de assinatura da proposta de contratação ou após o início de vigência da apólice.

9.5.3 Poderão participar da apólice, os aposentados por tempo de serviço que estejam em plena atividade laborativa junto ao Estipulante, que esteja devidamente registrado e conste na GFIP, ou eSocial. Em todos os casos é necessário que os aposentados em questão atendam a todas as demais condições estabelecidas no contrato para a aceitação de proponentes.

9.5.4 **Por tratar-se de um seguro coletivo, para contratação e manutenção da apólice, será necessário o mínimo de 2 (dois) segurados, assim, em caso de sinistro for apurada a quantidade inferior ao mínimo estabelecido na apólice, não haverá cobertura.**

9.5.5 **Não é permitida a contratação de apólice somente para estagiários, sendo possível a contratação apenas para sócios e/ou diretores, desde que respeitado o número mínimo de segurados estabelecido no item 9.5.4.**

9.5.6 Caso ocorra uma diminuição maior do que 40% do grupo segurado, o estipulante deverá informar a seguradora imediatamente, para que ela avalie eventuais impactos e necessidades de adequações na precificação. Caso o estipulante não faça essa comunicação, poderá incorrer no

caso descrito no item 12.1.

9.6. **Afastados**

9.6.1 **Os empregados, estagiários, sócios e/ou diretores estatutários, vinculados ao estipulante, que estejam afastados do serviço ativo (ou seja, não exercendo atividade laborativa) no estipulante no início de vigência da apólice, não serão incluídos no seguro. Apenas após retorno às atividades laborativas eles terão cobertura securitária. Caso o funcionário seja afastado após início de vigência da apólice, estará coberto durante o afastamento.** É de exclusiva responsabilidade do(s) sócio(s)/representante(s) que assinar(em) os documentos relacionados ao seguro dar ciência à seguradora da existência de empregados, estagiários, sócios e/ou diretores nessas condições.

9.6.2 **A partir da data de retorno às suas atividades profissionais no estipulante, e desde que conste na Guia de Recolhimento do FGTS (GFIP) ou eSocial e/ou no contrato de estágio e/ou contrato ou estatuto social/ata de eleição registrada na Junta Comercial da empresa, as pessoas citadas no item 9.6.1 poderão ser incluídas no seguro, observadas as demais regras previstas no item 9.5, Requisitos para inclusão de segurados no grupo segurado.**

9.6.3 **Para inclusão dos empregados, estagiários, sócios ou diretores estatutários na apólice, eles deverão estar vinculados ao CNPJ do estipulante contratante do seguro. Em nenhuma hipótese serão incluídos na apólice empregados, estagiários, sócios ou diretores estatutários que façam parte de CNPJ diferente do que foi declarado na proposta de contratação e que conste na apólice.**

9.6.4 **Ficam expressamente excluídas das coberturas do seguro contratado as empresas filiadas ou do mesmo grupo econômico do CNPJ contratante, podendo as referidas empresas contratar apólices próprias para o seu CNPJ.**

9.7. **Inclusão de dependentes**

9.7.1 Caso seja contratada a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos, eles participarão do seguro de forma automática, exclusivamente na garantia básica, desde que respeitada a condição prevista no item 9.7.5.

9.7.2 Para os menores de 14 (quatorze) anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado principal ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob a forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionados ao sinistro coberto.

9.7.3 O capital segurado do segurado dependente não poderá, em nenhuma hipótese, ser superior ao capital segurado do segurado principal.

9.7.4 Equipara-se ao cônjuge a(o) companheira(o) do segurado principal, desde que haja comprovação de união estável na forma da legislação em vigor, por ocasião da ocorrência de eventual sinistro.

9.7.5 Para efeitos deste seguro, podem ser segurados dependentes os filhos assim considerados conforme a regulamentação da previdência social e/ou do imposto de renda.

9.7.6 Cabe ao estipulante o atendimento de todos os requisitos previstos nestas condições gerais para a inclusão de pessoas no seguro, em especial verificar se tais pessoas constam na GFIP ou

eSocial ou no contrato/estatuto social, ficando a seguradora isenta da obrigação de pagamento de indenização àqueles que forem indevidamente incluídos ou não foram incluídos no seguro.

9.7.7 Para inclusão de portadores de deficiência, o estipulante deverá informar à seguradora os nomes e indicar o tipo e grau de invalidez preexistente imediatamente (no momento da contratação do empregado ou da inclusão nos atos societários), para que ela avalie eventuais limitações de responsabilidade.

10. Alteração da apólice

10.1. Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo estipulante (na figura de seus sócios controladores, dirigentes e administradores) ou seu representante e receber concordância das partes contratantes.

10.2. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor, inclusive alteração de taxas de seguro, deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa, por escrito do Estipulante, ratificada pelo correspondente endosso. Qualquer modificação da apólice que implique ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa dos segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

10.3. 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.

11. Renovação

11.1. **Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice de seguro na data de vencimento, independentemente do tempo de relação contratual, sem que o estipulante tenha direito à devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.**

11.2. A renovação será automática, facultado às partes enviar notificação prévia, em até 30 (trinta) dias que antecederem o vencimento do contrato, para informar interesse de não renovar ou eventuais modificações que pretenda fazer para a renovação.

11.3. **A renovação automática não se aplica aos estipulantes que comunicarem o desinteresse na continuidade do seguro, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.**

11.4. **Na renovação, será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas incidentes, que será comunicada ao estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias. A concordância do estipulante implicará a renovação da apólice com as novas taxas.**

11.5. Na renovação, se ocorrer modificação dos termos do contrato que possa gerar efeitos contrários aos interesses dos segurados e beneficiários, esta dependerá da anuência de pelo menos três quartos do grupo.

11.6. **Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar o estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias antes do final da vigência da apólice.**

12. Das Omissões e Agravamento de Risco

12.1. O estipulante, o segurado, seu representante legal ou a corretora de seguros são obrigados a fornecer informações verdadeiras e completas que possam influenciar na aceitação da proposta ou na fixação do prêmio, conforme previsto na legislação vigente.

12.2. O descumprimento doloso do dever de informar, implicará na perda da garantia, sem prejuízo da cobrança dos prêmios vencidos e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

12.3. O descumprimento culposo do dever de informar, implicará na redução proporcional da garantia, de acordo com a diferença entre o prêmio pago e aquele que seria devido caso as informações tivessem sido corretamente prestadas.

12.4. Se, diante das informações não reveladas, a garantia for tecnicamente impossível ou se os fatos corresponderem a riscos não normalmente aceitos pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

12.5. Na hipótese de inexatidão ou omissão sem má-fé, a seguradora poderá:

I. Antes da ocorrência do sinistro:

a) Cancelar o seguro, retendo a parcela proporcional do prêmio ao tempo decorrido; ou

b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II. Após sinistro com pagamento parcial:

a) Cancelar o seguro após o pagamento, retendo o prêmio proporcional e a diferença cabível; ou

b) Mediante acordo, permitir a continuidade do seguro, cobrando ou deduzindo a diferença de prêmio, ou restringindo a cobertura futura.

12.6. **AGRAVAMENTO DE RISCO**

12.6.1. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco de forma relevante.

12.6.2. O estipulante, o segurado, a corretora e os representantes legais devem comunicar à seguradora, assim que tomarem conhecimento, qualquer fato que possa agravar o risco coberto. A omissão dolosa implicará na perda do direito à cobertura.

12.6.2.1. A seguradora, ao receber a comunicação de agravamento do risco, terá até 20 (vinte) dias para manifestar-se por escrito quanto à cobrança da diferença de prêmio cabível. Nos seguros sobre a vida e a integridade física, mesmo em caso de relevante agravamento do risco, a seguradora não poderá cancelar ou restringir a cobertura, sendo permitida apenas a cobrança da diferença de prêmio.

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

12.7. FRAUDE

12.7.1. O segurado perderá o direito à indenização e não terá direito à devolução dos prêmios pagos se o sinistro decorrer de culpa grave, dolo, má-fé, fraude, simulação ou ato ilícito doloso, conforme previsto na legislação vigente

13. Capital segurado

13.1. O seguro de pessoas com capital global é uma modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

13.2. Os capitais segurados de cada cobertura escolhida são definidos pelo estipulante e discriminados na proposta e na apólice.

13.3. Capital global segurado

13.3.1. É a importância estabelecida pelo estipulante, que será utilizada como base para o cálculo do capital individual de cada perfil do grupo segurado, conforme itens 13.5, 13.6 e 13.7.

13.3.2. A alteração do capital global segurado poderá ser efetuada em qualquer época, por manifestação do estipulante à seguradora que, após análise e aceitação da solicitação, emitirá o aditamento de alteração.

13.4. Capital individual segurado

13.4.1. É o valor do capital global segurado dividido pelo número de segurados titulares, que será apurado na data do acontecimento coberto (Sinistro), conforme critério a seguir:

$$CI = \frac{CG}{N}, \text{ em que:}$$

CI = CG, em que: N

CI: capital individual do segurado titular.

CG: capital global segurado da empresa na data do sinistro.

N: número de empregados constantes da Guia de Recolhimento do FGTS do mês anterior ao sinistro, estagiários (com contrato de estágio vigente), sócios dirigentes e/ou diretores estatutários, constantes do contrato/estatuto social.

13.9.2. O valor do capital segurado individual será igual para todos os segurados de um mesmo perfil, conforme previsto na proposta, e será apurado na data do evento, sendo equivalente ao valor do capital segurado global dividido pelo número de segurados ativos (exercendo atividade laborativa), conforme itens 13.3.

13.5. Perfil – sócios/diretores

13.5.1. Para este perfil, o capital segurado individual será calculado pela divisão do capital segurado global pela quantidade de sócios/diretores que constarem do contrato/estatuto social e/ou termo de posse do estipulante na data do evento, observadas as condições expressas na proposta, apólice e nas condições gerais.

13.6. Perfil – empregados

13.6.1. Para este perfil, o capital segurado individual será calculado pela divisão do capital segurado global contratado pela quantidade de empregados que constarem da GFIP ou eSocial referente ao mês anterior da data da ocorrência do evento, observadas as condições expressas na

proposta, apólice e nas condições gerais.

13.7. Perfil – estagiários

13.7.1. Para este perfil, o capital segurado individual será calculado pela divisão do capital segurado global contratado pela quantidade estagiários que constarem no contrato de estágio na data do evento, observadas as condições expressas na proposta, apólice e nas condições gerais.

13.8. O capital segurado de cada dependente não poderá ser superior ao do titular, em nenhuma das coberturas contratadas.

14. Pagamento do prêmio

14.1. O custeio deste seguro não é contributário, ou seja, é pago integralmente pelo estipulante. É vedada a estruturação de seguro de pessoas com capital global em que o segurado seja responsável pelo custeio do prêmio, total ou parcialmente.

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

14.3. O prêmio do seguro deverá ser pago na forma e periodicidade acordada com o estipulante durante o período de vigência da apólice, podendo ser único ou periódico conforme previsto na proposta/apólice.

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

14.5. A seguradora notificará o Estipulante e/ou Segurado com orientações suficientes de que o não pagamento no novo prazo estabelecido no item 14.10, a seguradora não efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga.

14.6. Decorrida a data estabelecida para pagamento, sem que tenha sido quitado o respectivo prêmio, ele poderá ser pago até o 89 dias após última notificação de atraso enviada pela seguradora, sendo garantida a cobertura dos sinistros ocorridos. Haverá consequente cobrança do prêmio devido, com multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso.

14.6.1. Além da multa anteriormente citada, será acrescida ao valor do prêmio a atualização monetária, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, desde a data do vencimento da parcela em atraso até a data de seu efetivo pagamento, acrescida de juros de mora fixados em 1% a.m. (um por cento ao mês), em base pro rata temporis.

14.7. **Decorrido o prazo definido no item 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 do estipulante, deverá ser contratado um novo seguro, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento. Nesse caso, não caberá qualquer restituição dos prêmios anteriormente pagos.

14.8. A seguradora enviará comunicados, ao segurado/estipulante antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato ou do certificado individual, o qual será efetuado ainda que o estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funcionará apenas como um aviso de cancelamento.

14.9. Caso ocorra um sinistro no período de inadimplência e antes do cancelamento final do seguro, a seguradora realizará o pagamento da indenização ao(s) beneficiário(s), com cobrança dos

prêmios em atraso, multa e demais encargos aplicáveis.

14.10. Após 90 (noventa) dias a contar da data da notificação de atraso de pagamento enviada, o contrato de seguro será cancelado.

14.11. É vedada ao estipulante a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação do segurado, ou o recolhimento a título de prêmio do seguro de qualquer valor.

14.12. Por se tratar de seguro com vigência definida, em caso de pagamento parcelado, a quitação de uma parcela mensal não quita o débito se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

14.13. Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos devidamente atualizados de acordo com 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, conforme a tabela de prazo curto especificada a seguir:

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice	Fração a ser aplicada sobre a vigência original
13	15/365
20	30/365
27	45/465
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365

98	345/365
100	365/365

14.14. 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.

14.15. De acordo com as características do seguro, não está prevista a devolução ou o resgate de prêmios ao segurado, ao(s) beneficiário(s) ou ao estipulante, pois trata-se de regime de repartição simples.

15. Recálculo e reavaliação do prêmio

15.1. As características do seguro como prêmios, coberturas e limites serão reavaliadas anualmente, tomando-se como base a experiência no período anterior, com o objetivo de manter o equilíbrio técnico-atuarial da apólice. Caso seja constatada a necessidade de alteração do prêmio no momento de renovação da apólice, deverá ser observado o disposto no item 11.4.

15.2. A seguradora reserva-se o direito de recalcular e alterar o prêmio durante a vigência, com prévio aviso ao estipulante e mediante anuência de, ao menos, três quartos do grupo segurado, caso gere ônus, diminuição de direitos e/ou dever para o segurado, mediante endosso, caso ocorra alteração significativa no grupo segurado que possa influenciar a definição da taxa.

16. Carência

16.1. O prazo de carência corresponde ao período contado a partir da data de início de vigência da cobertura ou da sua reabilitação, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito ao pagamento da indenização dos capitais segurados contratados.

16.2. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, **exceto em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticada pelo segurado titular ou dependentes, haverá carência de 24 (vinte e quatro) meses, para qualquer cobertura, contados a partir do início de vigência da apólice ou após aumento de capital.**

16.3. A carência de cada garantia, quando houver, estará disposta nas condições especiais e/ou proposta de contratação.

16.4. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência, exceto no caso previsto no item 16.2.

16.5. O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência.

16.6. Não há prazo de carência quando se tratar de renovação ou de substituição de contrato existente, ainda que seja outra a seguradora.

16.7. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes que afetem a integridade física do segurado.

17. Franquia

17.1. Se houver franquia estabelecida para determinada cobertura contratada, o seu período será definido nas

condições especiais, na proposta de contratação e na apólice.

18. Cancelamento

18.1. Cancelamento da apólice

18.1.1. A apólice mencionada nestas condições gerais poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante aviso prévio de 30 (trinta) 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.

18.1.2. Nesse 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, ela será corrigida pelo índice IPCA/IBGE a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se tal solicitação ocorrer por iniciativa do estipulante, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se ocorrer por iniciativa da seguradora.

18.2. Cancelamento da cobertura individual de seguro e cessação de cobertura

O cancelamento da cobertura individual de seguro se dará:

a) ao final do prazo de vigência da apólice de seguro, se ela não for renovada;

b) se a apólice de seguro for cancelada durante a sua vigência, por acordo entre as partes;

c) por perda do vínculo entre o segurado e o estipulante, entendido como ocorrida na data em que houver o desligamento do segurado do quadro de empregados, encerramento do contrato de estágio ou saída do quadro de sócios/diretores do estipulante, o que se dará apenas após o decurso do prazo do aviso prévio previsto na legislação aplicável, ainda que indenizado, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago;

d) se o estipulante deixar de pagar qualquer parcela do prêmio no prazo estipulado no item 14.10;

e) se ocorrer a morte do segurado;

f) se for pago o capital segurado individual previsto para a cobertura Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, quando contratada;

g) se o segurado agravar intencionalmente o risco;

h) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) 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;

i) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos simularem um sinistro ou ainda agravarem as consequências para obter a indenização ou dificultar sua elucidação;

j) se o segurado ou estipulante, dolosamente, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam ter influído na aceitação da proposta ou no valor do prêmio;

k) quando for pago o total do limite de indenização da apólice ou quando a utilização da respectiva cobertura acarretar exclusão do segurado da apólice, de acordo com seus termos e suas condições.

18.3. Cessação da cobertura para os segurados dependentes

18.3.1. Além das situações mencionadas anteriormente e de outras previstas nas condições da apólice, a cobertura de cada segurado dependente cessará:
a) se cancelada a respectiva cláusula suplementar;
b) com a exclusão do grupo ou cessação da cobertura do segurado titular;
c) no caso de morte do segurado titular;
d) quando o segurado dependente for cônjuge ou companheiro do segurado titular, com a separação judicial, de fato ou de corpos, divórcio ou dissolução da união estável; sendo que, quando for o companheiro, cessará também com a solicitação de cancelamento, por escrito, feita pelo segurado titular, ou se, de qualquer outro modo, houver a cessação da condição de dependente, a condição de dependente cessará:

I – quando o segurado dependente for cônjuge ou companheiro(a) do segurado titular, nos casos de separação judicial, separação de fato ou de corpos, divórcio ou dissolução da união estável;

II – quando se tratar de companheiro(a), também mediante solicitação de cancelamento, por escrito, feita pelo segurado titular, ou por qualquer outro meio que caracterize a cessação da condição de dependente;

III – no caso de cancelamento do registro do dependente como companheiro(a), conforme previsto nos documentos cadastrais ou contratuais aplicáveis;
e) no caso de cancelamento do seu registro, quando se tratar de companheira(o);
f) no caso de cessação da condição de dependente previsto na forma da lei;
g) 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;
h) quando o segurado dependente for filho apenas do cônjuge do segurado titular, com a separação judicial, o divórcio dos cônjuges ou fim da união estável;
j) quando o segurado dependente for filho apenas do companheiro do segurado titular, com o cancelamento do registro de dependência da mãe e/ou do pai;
k) a pedido do segurado titular, por escrito, na hipótese de inclusão facultativa do segurado dependente;
l) a pedido do estipulante por escrito.

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

19. Procedimento em caso de sinistro

19.1. Ocorrido o sinistro, a seguradora deverá ser comunicada prontamente, por qualquer meio idôneo, seja pelo estipulante, pelo segurado ou pelo(s) beneficiário(s), logo que tome(m) conhecimento.

19.2. Quando previsto o pagamento da indenização de um evento coberto por este seguro, a ocorrência do sinistro bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas deverão ser satisfatoriamente comprovadas.

19.2.1. A indenização será realizada em parcela única.

19.3. O segurado, por ocasião do acidente pessoal, deverá recorrer imediatamente, às suas custas, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

19.4. Os documentos a seguir relacionados serão os mínimos necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada, sem prejuízo do envio dos documentos complementares previstos nas condições especiais:

a) **segurado:** formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo solicitante; cópia autenticada da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF, cópia da certidão de casamento atualizada e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo), Guias de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP) ou eSocial ou Guia do FGTS Digital (GFD) devidamente quitadas, do mês anterior ao da ocorrência do sinistro e dos 2 (dois) meses anteriores ao mesmo (cópia simples); Relação dos Trabalhadores constantes do arquivo SEFIP do mês anterior ao da ocorrência do sinistro (cópia simples).

b) **beneficiário:** formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo solicitante; cópia autenticada da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF (inclusive para menores de 14 anos), certidão de casamento atualizada (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), Guias de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIP), eSocial ou Guia do FGTS Digital (GFD), devidamente quitadas, do mês anterior ao da ocorrência do sinistro e dos 2 (dois) meses anteriores ao mesmo (cópia simples); Relação dos Trabalhadores constantes do arquivo SEFIP do mês anterior ao da ocorrência do sinistro (cópia simples).

Observações:

1. Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou no 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 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou no impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei.

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

4. Na falta de indicação expressa de beneficiários, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o pagamento da indenização ocorrerá de acordo com legislação em vigor. Nessa situação, além dos documentos indicados anteriormente, enviar declaração de herdeiros conforme modelo fornecido pela seguradora.

19.5. Os demais documentos complementares estão definidos nas condições especiais deste seguro.

19.6. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e a obtenção dos documentos necessários correrão por conta do(s) solicitante(s), salvo as diretamente realizadas pela seguradora.

19.7. Este contrato de seguro não cobre quaisquer despesas ou gastos com prevenção, manutenção ou cuidados emergenciais de saúde do segurado.

19.8. A seguradora está autorizada, em caso de dúvida fundada e justificável, a tomar todas as providências necessárias à plena elucidação dos fatos, arcando com os custos correspondentes, para obter uma explicação completa sobre o evento ocorrido, podendo, inclusive, solicitar documentos que considerar necessários à comprovação do fato alegado, além daqueles descritos nos itens 19.4 e 19.5.

19.9. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura, sob pena de perda do direito de recusá-la, contado da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhados de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.

19.10. Estando de posse da documentação completa solicitada nos itens 19.4 e 19.5, sem prejuízo de documentos complementares previstos nas condições especiais, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para aceitar e efetuar o pagamento da indenização ou recusar o seu pagamento. Se, dentro do prazo mencionado, devido a dúvida fundada e justificável, a seguradora solicitar ao segurado, beneficiário ou estipulante outros documentos para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão de no máximo 2 (duas) vezes quando o valor da indenização for superior a 500 (quinhentas) vezes o salário mínimo vigente e 1 (uma) vez quando for inferior e voltará a correr o prazo a partir do dia útil subsequente ao recebimento do último documento solicitado pela seguradora.

19.11. Se o segurado ficar total e permanentemente inválido durante a vigência do seguro, a seguradora pagará a indenização por invalidez ao próprio segurado. Se não for comprovada a invalidez permanente e total por acidente do segurado, a seguradora manterá o seguro em vigor como se nenhuma solicitação da indenização tivesse sido feita, e o responsável pelo pagamento deverá continuar pagando os prêmios até o fim do período de pagamento do seguro a fim de que as coberturas sejam mantidas.

19.12. O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no item 19.8 implicará a atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE acumulada desde a data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, além de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, em base pro rata temporis, nos termos da legislação específica.

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

19.13. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios ocorrerá independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o valor da indenização, sem prejuízo da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos.

19.14. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente sob responsabilidade da seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

19.15. Em caso de tentativa do estipulante, segurado, de seu(s) beneficiário(s) ou do representante legal de um ou de outro de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os

direitos da seguradora, o respectivo estipulante, segurado ou beneficiário não fará jus ao recebimento da indenização ora prevista.

19.16. Negada a cobertura, no todo ou em parte, a seguradora deverá entregar ao interessado, mediante solicitação por escrito, os documentos produzidos ou obtidos durante a regulação e a liquidação do sinistro e que tenham sido determinantes para a decisão.

19.17. A data a ser considerada para caracterização do sinistro seguirá o racional previsto nas condições especiais do seguro de cada cobertura.

20. Junta médica

20.1. Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade/invalidez relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

20.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

20.4. 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.

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

20.6. Não serão aceitos como peritos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, seus parentes consanguíneos ou afins, ou pessoas que haja comprovação de conflito de interesse, ainda que aparente, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

20.7. Comprovado algum tipo de fraude e/ou questões de conflito de interesse entre o segurado e a composição da junta médica, 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.

21. Perícia da seguradora

21.1. 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 a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora, em cumprimento à Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD.

21.2. Comprovado algum tipo de fraude à perícia da seguradora, 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.

22. Cláusula beneficiária

22.1. Beneficiários em caso de morte

22.1.1. Esta cláusula é válida para a cobertura de morte do segurado titular.

22.1.2. É livre a indicação do beneficiário nos seguros sobre a vida e a integridade física, que receberão o capital segurado em caso de morte do segurado. O segurado poderá substituir o beneficiário indicado durante o período de vigência do contrato, por ato intervivos ou por declaração de última vontade.

22.1.3. Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o capital segurado ao antigo beneficiário designado, desobrigando-se do pagamento da respectiva indenização.

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

22.1.5. Quando não houver distribuição quantitativa do valor da indenização, o seguro será dividido em partes iguais entre os beneficiários indicados.

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

22.1.7. Considera-se ineficaz a indicação, na hipótese de morte simultânea ("comoriência") do segurado titular e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, titular e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência desses, o pagamento ocorrerá pelo artigo correspondente da Lei 15.040, de 2024.

22.1.8. Caso não haja qualquer indicação de beneficiário ou se a que foi feita não prevalecer, a indicação feita, o capital segurado será pago metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do segurado.

22.1.9. Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

22.1.10. Se não houver beneficiários indicados ou legais, o valor será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência.

22.1.11. Se a seguradora, ciente do sinistro, não identificar beneficiário ou dependente do segurado para subsistência no prazo prescricional da respectiva pretensão, o capital segurado será tido por abandonado, nos termos do inciso III do caput do art. 1.275 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), e será aportado no Fundo Nacional para Calamidades Públicas, Proteção e Defesa Civil (Funcap).

22.1.12. Nos termos do § 5º do Art. 115 da Lei nº 15.040/2024, não prevalecerá a indicação de beneficiário realizada por meio de doação nas hipóteses de sua revogação, conforme previsto nos artigos 555, 556 e 557 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil). A seguradora poderá considerar ineficaz a indicação de beneficiário quando houver decisão judicial que reconheça a revogação da doação por ingratidão ou inexecução de encargo, nos termos da legislação vigente.

22.1.13. Se uma pessoa foi indicada como beneficiária em um contrato de seguro em razão de uma doação, e essa doação for revogada (por exemplo, por ingratidão, descumprimento de encargo ou por superveniência de filhos), essa pessoa perde o direito de receber os valores do seguro.

22.2. **Beneficiários em caso de Inclusão de Cônjuge**

22.2.1. Na cobertura de Inclusão de Cônjuge, o beneficiário será sempre o segurado titular, podendo o pagamento ser feito ao seu representante legal no caso de sua impossibilidade.

22.3. **Beneficiários em caso de Inclusão de Filhos**

22.3.1. Na cobertura de Inclusão de Filhos, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo o pagamento ser feito ao seu representante legal no caso de sua impossibilidade.

22.4. Beneficiários das demais coberturas

22.4.1. Os beneficiários indicados para as demais coberturas estarão definidos nas condições especiais deste seguro.

22.5. Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

23. Atualização dos valores do seguro

23.1. Os capitais segurados e os prêmios serão atualizados anualmente, no aniversário da apólice, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao fim de vigência da apólice.

23.2. As atualizações de capital segurado serão aplicadas para todos os segurados, para os quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para o restante do grupo.

23.3. Para a hipótese de não ser possível seguir qualquer um dos procedimentos de atualização monetária previstos nestas condições gerais, em virtude da edição de lei ou medida governamental na área da economia que proíba ou altere os critérios de atualização monetária, o responsável pelo pagamento, o segurado, o(s) beneficiário(s), conforme o caso, e a seguradora ajustam as seguintes disposições, a serem adotadas com vistas a preservar o equilíbrio atuarial do seguro:

a) se houver extinção do IPCA/IBGE, será imediatamente utilizado como índice substitutivo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE) ou, na falta deste, o índice que vier a ser autorizado pela Susep;

b) caso essa atualização venha a ser vedada, cessará imediatamente a atualização monetária de todos os valores inerentes a este seguro; ou

c) se houver proibição da utilização de indexadores, a atualização monetária prevista nesta cláusula será ajustada ao que a respeito deliberar o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente para dispor sobre a matéria.

24. Obrigações do estipulante

24.1. São obrigações do estipulante:

a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, conforme estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;

b) manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

c) cabe ao estipulante fornecer ao segurado todas as informações relativas ao contrato de seguro e, assistir ao segurado e ao beneficiário durante a execução do contrato;

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 os avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco nos documentos e nas comunicações, materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;

h) comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, assim que dele tiver conhecimento, quando tal comunicação estiver sob sua responsabilidade;

i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

j) comunicar prontamente à seguradora por qualquer meio idôneo a ocorrência do sinistro ou da iminência de seu acontecimento, assim que tiver ciência;

k) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante;

m) manter o seu cadastro permanentemente atualizado na seguradora.

24.2. Fica vedado ao estipulante e ao sub estipulante:

I - efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

25. Comunicações

25.1. As comunicações do segurado ou estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito e

devidamente protocoladas na seguradora, podendo ser recepcionadas por meio eletrônico. As comunicações da seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na apólice.

25.2. 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.

26. Foro

26.1. Será competente para dirimir quaisquer pendências, questões judiciais entre o segurado ou o beneficiário e a seguradora ou dúvidas decorrentes da execução deste seguro o foro do domicílio do segurado ou do(s) beneficiário(s), conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto anteriormente.

27. Do sigilo e da confidencialidade

27.1. Dada a natureza da atividade das partes e do objeto deste seguro e porque assim se convenciona, a seguradora, o estipulante, os segurados, corretores, beneficiários e representantes legais obrigam-se, por si, seus profissionais e prepostos, a:

a) manter absoluto sigilo sobre operações e informações sensíveis relacionadas, dados, dados pessoais, materiais, informações, documentos, especificações técnicas ou comerciais, inovações e aperfeiçoamento tecnológico ou comerciais da outra parte ou de seus clientes, inclusive quaisquer programas, rotinas ou arquivos a que eventualmente tenha ciência ou acesso, ou que lhe venha a ser confiado, em razão da contratação deste seguro;

b) não usar, comercializar ou reproduzir as informações e documentos acima referidos ou deixar que estes cheguem ao conhecimento de terceiros;

c) responder perante a outra parte e terceiros prejudicados, civil e criminalmente, por si, seus profissionais, contratados e/ou prepostos, pela eventual quebra de sigilo das informações que tenha acesso ou ciência, direta ou indiretamente, em virtude da contratação deste seguro; e

d) não fazer qualquer menção ao nome da outra parte para fins de publicidade própria, bem como a não divulgar os termos destas condições gerais sem prévia e expressa autorização da outra parte.

28. Privacidade e proteção de dados

28.1. O estipulante e a Prudential do Brasil declaram que cumprem toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal nº 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto nº8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema, comprometendo-se a tratarem os dados pessoais coletados e tratados em decorrência da contratação do seguro previsto nesta proposta, somente para a viabilizar e executar o contrato de seguro, nos estritos limites e finalidades aqui previstos, e nos termos da legislação aplicável.

28.2. Todos os dados fornecidos pelo estipulante à Prudential do Brasil, como informações necessárias para análise e aceitação do risco, propostas de adesão e dados cadastrais dos segurados, deverão ser coletados e compartilhados em observância à Lei Federal nº 13.709/2018 e demais leis aplicáveis sobre o tema.

29. Cláusula de violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais

29.1. Não obstante quaisquer outros termos previstos na Proposta de Contratação, Proposta de Adesão ou Condições Gerais e Especiais do Seguro, a Prudential não fornecerá qualquer cobertura ou serviço, bem como não fará qualquer pagamento/reembolso ao segurado, beneficiário ou qualquer terceiro, na medida que a atividade do segurado, beneficiário ou terceiro viole qualquer lei ou norma de embargos ou sanções econômicas ou comerciais, aplicados por organismos nacionais ou internacionais (como, por exemplo: Programa de sanções administradas e publicadas pelo OFAC - Office of Foreign Assets Control, agência de inteligência ligada ao Departamento de Tesouro dos Estados Unidos - e; Resoluções do CSNU - Conselho de Segurança das Nações Unidas - ou as designações de seus comitês de sanções que determinem a indisponibilidade de ativos, de quaisquer valores, de titularidade direta ou indireta de pessoas naturais, de pessoas jurídicas ou de entidades, nos termos da Lei nº 13.810/2019). Nestes casos, ao haver a identificação de um segurado, beneficiário ou terceiro nestas condições, o contrato de seguro será automaticamente cancelado, sem direito a qualquer pagamento, indenização, reembolso resgate ou devolução de prêmios pagos.

30. Disposições finais

30.1. O estipulante deverá informar imediatamente à seguradora qualquer mudança de endereço ou alteração nos dados de conta bancária ou boleto para cobrança de prêmios.

30.2. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

30.3. Os tributos incidirão e serão recolhidos conforme legislação em vigor.

30.4. As condições gerais e especiais deste seguro encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta de adesão e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

30.5. O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

30.6. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sitio eletrônico www.susep.gov.br.

30.7. Qualquer pagamento ou devolução de valores realizados pela seguradora serão feitos por crédito em conta bancária, ou ordem de pagamento, sempre do titular do direito de seu recebimento, de acordo com os termos deste seguro.

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

30.9. O segurado poderá registrar reclamações no site www.consumidor.gov.br.

31. Glossário de termos técnicos

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

ACIDENTE PESSOAL: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que

torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

Incluem-se nesse conceito:

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

b) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

c) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

d) 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.

Excluem-se desse conceito:

a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por 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 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; 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, conforme definido anteriormente.

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 sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

ATIVIDADE LABORATIVA: função ou trabalho regular, remunerado ou assalariado, exercido pelo segurado, em benefício do estipulante.

ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO: aquele que, por sua natureza ou pelas circunstâncias em que é praticado, expõe o segurado a risco relevante e desnecessário à sua integridade física, conforme avaliação

técnica e jurisprudencial predominante.

BENEFICIÁRIO: pessoa física ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.

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

CAPITAL GLOBAL SEGURADO: é a importância total determinada pelo estipulante para garantir o capital individual de todos os segurados.

CAPITAL INDIVIDUAL SEGURADO: é o valor do capital global individual apurado na data do evento coberto, sendo equivalente ao valor do capital segurado global dividido pelo número de segurados.

CARDIOPATIA GRAVE: doença do coração assim classificada de acordo com os critérios do consenso nacional de cardiopatia grave.

COBERTURAS: obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um sinistro coberto previsto nestas condições contratuais.

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

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

CONECTIVIDADE 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 causado por doença.

CONTRATO COLETIVO DE SEGURO: 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. Pelo contrato de seguro, a seguradora obriga-se, mediante o pagamento do prêmio equivalente, a garantir interesse legítimo do segurado ou do beneficiário contra riscos predeterminados.

DADOS ANTROPOMÉTRICOS: para a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, trata-se do peso e da altura do segurado.

DECLARAÇÃO MÉDICA: documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o médico assistente do segurado ou outro médico escolhido exprime sua opinião técnica 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 EM ESTÁGIO TERMINAL: doença sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.

DOLO: ato consciente pelo qual alguém induz outro a erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

eSocial - (Sistema de Escrituração Digital das Obrigações Fiscais, Previdenciárias e Trabalhistas) é um sistema do governo federal brasileiro que unifica o envio de informações sobre os trabalhadores pelas empresas.

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

ESTIPULANTE: Considera-se estipulante de seguro coletivo aquele que contrata em proveito de um grupo de pessoas, pactuando com a seguradora os termos do contrato para a adesão de eventuais interessados.. Admite-se como estipulante de seguro coletivo apenas aquele que tiver vínculo anterior e não securitário com o grupo de pessoas em proveito do qual contratar o seguro.

EVENTO COBERTO: acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais e especiais.

SINISTRO COBERTO: acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições contratuais e passível de ser indenizado.

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

GUIA DE RECOLHIMENTO DO FGTS E DE INFORMAÇÕES À PREVIDÊNCIA SOCIAL – GFIP: guia utilizada para recolhimento do FGTS, por meio da qual disponibilizam-se informações para a Previdência Social, sendo um documento de posse do estipulante, que deverá ser encaminhada à seguradora sempre que necessário, para comprovação do quadro de empregados ativos e afastados do estipulante, no mês de apuração.

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

HÍGIDO: saudável.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

INDENIZAÇÃO: valor a ser pago pela seguradora ao segurado ou a seus beneficiários ou estipulante, se aplicável, quando da ocorrência de um sinistro coberto, respeitadas as condições e os limites contratados e apurados na data do evento, e que corresponderá ao capital individual segurado.

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

INTEGRIDADE FÍSICA - refere-se à condição física plena do segurado, cuja perda, total ou parcial, podendo ocorrer por motivo de invalidez decorrente de doença ou acidente.

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD): perda da existência independente do segurado, caracterizada como 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 gerais e/ou especiais deste seguro, estando também englobados neste conceito os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

MÉDICO: 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 medicina.

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

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

PROGNÓSTICO: juízo médico com base no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, da evolução e do termo de uma doença.

PROPONENTE: interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva, e fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o questionário que lhe submeter a seguradora.

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

PRO RATA TEMPORIS: é um método de calcular o prêmio de seguro com base nos dias de vigência da apólice, quando o prazo do seguro for inferior a 1 (um) ano e sempre que não cabível o cálculo do prêmio a prazo curto.

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 de o organismo humano responder positivamente ao tratamento instituído.

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

REPARTIÇÃO SIMPLES: 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.

RISCOS EXCLUÍDOS: são os riscos previstos nas condições gerais e/ou especiais que não são cobertos pelo seguro.

SEGURADOS DEPENDENTES: cônjuge ou companheiro(a), filhos, enteados, desde que sejam menores e dependentes do segurado titular, de acordo com a legislação do imposto de renda e/ou Previdência Social,

quando incluídos no seguro.

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

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

SEGURO COMPULSÓRIO: aquele no qual não há opção de o segurado não aderir ao seguro, ou seja, todo o grupo segurado fará parte do contrato do seguro.

SEGURO NÃO CONTRIBUTÁRIO: aquele no qual o pagamento do prêmio é responsabilidade exclusiva do estipulante.

SEGURADOS ATIVOS: são sócios, diretores, empregados e estagiários que estejam exercendo plena atividade para o estipulante.

SENTIDO DE ORIENTAÇÃO: faculdade de o 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: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro..

TRANSFERÊNCIA CORPORAL: capacidade de o 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 INDIVIDUAL: período em que cada segurado terá direito às coberturas contratadas, contado das 24 (vinte e quatro) horas da data de sua inclusão ou reinclusão no grupo segurado, conforme estabelecido nas condições contratuais do seguro.

Condições Especiais da Cobertura Básica

MORTE (M)

Sumário

1. Definições
2. Cobertura básica
3. Riscos excluídos
4. Âmbito territorial da cobertura
5. Capital segurado
6. Cessação da cobertura
7. Solicitação de indenização
8. Beneficiários
9. Disposições gerais

Condições Especiais da Cobertura Básica

MORTE (M)

Estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Cobertura básica

2.1. A contratação desta cobertura básica e o pagamento do prêmio correspondente garantem, ao(s) beneficiário(s), o pagamento do capital individual segurado de Morte, se o segurado falecer, durante o período de vigência da apólice, por quaisquer causas, naturais ou acidentais. **Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais e das condições gerais**.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas ao grupo segurado.

3. Riscos excluídos

3.1. Estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das exclusões previstas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, bem como suas consequências diretas ou indiretas.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital global segurado desta cobertura será estabelecido na proposta de contratação e constará na apólice de seguro, e o capital individual segurado será calculado conforme item 13.4 das condições gerais.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do sinistro, para efeito de determinação do capital individual segurado, a data da morte do segurado.

6. Cessação da cobertura

6.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 18.2, "Cancelamento da cobertura individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 19 das condições gerais e item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e item 7.3 a seguir, e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados são necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;

b) cópia autenticada da certidão de óbito;

c) relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;

d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário;

e) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;

f) carteira de trabalho ou contrato/estatuto social;

g) Cópia do Inquérito Policial (atualizado).

h) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário.

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Os beneficiários estão em conformidade com a cláusula beneficiária, item 22.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de vida coletivo.

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

MORTE ACIDENTAL (MA)

Sumário

1. Definições
2. Cobertura Adicional – Morte Acidental
3. Riscos excluídos
4. Âmbito territorial da cobertura
5. Capital segurado
6. Cessação da cobertura
7. Solicitação de indenização
8. Beneficiários
9. Disposições gerais

Condições Especiais da Cobertura Adicional

MORTE ACIDENTAL (MA)

Caso contratada esta cobertura adicional, estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Cobertura

2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital individual segurado de Morte Acidental, em caso de morte decorrente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da apólice. **Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e da apólice de seguro.**

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas ao grupo segurado.

3. Riscos excluídos

3.1. **Além das exclusões previstas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, estão excluídos desta cobertura adicional os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:**

a) acidente vascular cerebral.

b) doenças, quaisquer que sejam as causas, inclusive as profissionais, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível.

Estão, ainda, expressamente excluídos da cobertura os acidentes ocorridos em consequência de:

a) participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, exceto em caso de prestação de serviço militar ou de atos da humanidade em auxílio a outrem;

b) competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos;

c) direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;

d) lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente da tentativa de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões destas condições gerais e especiais de seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital global segurado desta cobertura será estabelecido na proposta de contratação e constará na apólice de seguro, e o capital individual segurado será calculado conforme item 13.4 das condições gerais.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do sinistro, para efeito de determinação do capital individual segurado, a data do acidente que provocou a morte do segurado.

6. Cessação da cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, “Cancelamento da cobertura individual de seguro e cessação de cobertura” e 18.3 “Cessação da cobertura para os segurados dependentes” das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:

a) com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e venham a falecer em decorrência do acidente coberto.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais, item 7.3 a seguir e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados são necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;

b) cópia autenticada da certidão de óbito;

c) cópia do boletim de ocorrência policial completo, se houver registro;

d) cópia do laudo de necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal (IML);

e) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, emitido pelo IML em caso de acidente de trânsito, quando o segurado for o condutor do veículo; caso não tenha sido emitido, enviar declaração do órgão competente, informando o motivo da não emissão;

f) cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT) pela empresa, em caso de acidente de trabalho;

g) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;

h) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;

i) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;

j) Cópia do Inquérito Policial (atualizado);

k) Cópia do Laudo da Perícia Técnica realizada no local do acidente;

l) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário;

m) carteira de trabalho ou contrato/estatuto social.

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Os beneficiários estão em conformidade com a cláusula beneficiária, item 22.1, “Beneficiários em caso de morte”, das condições gerais do seguro.

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

Sumário

1. Definições
2. Cobertura adicional – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
3. Riscos excluídos
4. Âmbito territorial da cobertura
5. Capital segurado
6. Cessação da cobertura
7. Solicitação de indenização
8. Beneficiários
9. Disposições gerais

Condições Especiais da Cobertura Adicional

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

Estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Cobertura

2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento de indenização até o limite do capital individual segurado contratado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro e que resulte em invalidez permanente total ou parcial do segurado, comprovada por declaração médica. **Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e da apólice de seguro.**

2.2. Após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora indenizará, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela descrita a seguir:

Invalidez permanente	Evento	% sobre o capital segurado
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Parcial – diversos	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50

Invalidez permanente	Evento	% sobre o capital segurado
Parcial – diversos	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	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	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo
Parcial – membros inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um dos fêmures	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada de uma das patelas	20
	Fratura não consolidada de um dos pés	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um dos quadris	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	Indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo

Encurtamento de um dos membros inferiores	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	6
Menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação da porcentagem prevista no plano 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 porcentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

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

Quando o mesmo acidente provocar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as respectivas porcentagens, cujo total não pode exceder o limite de 100% (cem por cento) do capital individual segurado para esta cobertura.

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder o percentual da indenização previsto para a perda total de tal membro ou órgão.

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão que já apresentava problemas/perda em suas funções antes do acidente deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

O capital individual segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

Se, depois que a indenização por invalidez permanente total por acidente for paga, ocorrer a morte do segurado ou nova caracterização de invalidez em consequência do mesmo acidente, será deduzida da indenização a ser paga a importância já indenizada.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente que deve ser comprovada na forma prevista nas condições contratuais**.**

A seguradora se reserva o direito de submeter o segurado a exames médicos ou a outros exames complementares realizados por profissionais de sua indicação para comprovar o seu caráter permanente, sua extensão e grau de invalidez.

Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor a constituição de junta médica, nos termos da cláusula 20, “Junta médica” das condições gerais do seguro.

O pagamento do capital referente a essa cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas ao grupo segurado.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, estão excluídos desta cobertura adicional os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

a) **estão excluídas da cobertura as doenças ocupacionais ou degenerativas, como lesão por esforço repetitivo (LER), doença osteomuscular relacionada ao trabalho (DORT) ou lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC), por não caracterizarem acidente pessoal, definido como evento súbito, involuntário, externo e violento. Esta exclusão não se aplica a acidentes súbitos ocorridos no exercício do trabalho**;

b) a perda de dentes e os danos estéticos não caracterizam invalidez permanente;

c) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal, definido nestas condições contratuais;

Estão ainda expressamente excluídos desta cobertura adicional os acidentes ocorridos em consequência de:

d) participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, exceto em caso de prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;

e) competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves ou veículos náuticos;

f) direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;

g) lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente da tentativa de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões das condições gerais e especiais de seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura será válida somente para o diagnóstico da invalidez em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital global segurado desta cobertura será estabelecido na proposta de contratação e constará na apólice de seguro, e o capital individual segurado será calculado conforme item 13.4 das condições gerais.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do sinistro, para efeito de determinação do capital individual segurado, a data do acidente que provocou a invalidez permanente do segurado.

6. Cessação da cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 18.2, “Cancelamento da cobertura individual de seguro e cessação de cobertura”, e 18.3, “Cessação da cobertura para os segurados dependentes”, das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:

a) com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e venham a ficar permanente inválidos, como consequência direta do acidente coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta cobertura adicional.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 19 das condições gerais e 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais, item 7.3 a seguir e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados serão necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado, ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;

b) cópia do boletim de ocorrência policial, quando houver registro;

c) cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT) em caso de acidente de trabalho;

d) exames de imagem e os respectivos laudos dos exames que comprovem a lesão. Obs.: Deverão ser encaminhados os exames que contenham fotos ou imagens em arquivos no formato pdf ou jpeg. Não abrimos links e ou arquivos armazenados em “nuvens”;

e) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, se realizados;

f) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;

g) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;

h) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;

i) carteira de trabalho ou contrato/estatuto social;

j) cópia do boletim hospitalar referente ao primeiro atendimento (data do acidente);

k) Cópia do Inquérito Policial (atualizado);

l) Cópia do ASO - Atestado de Saúde Ocupacional relacionado ao acidente;

m) Cópia do Comunicado do INSS informando até que data foi reconhecido o direito previdenciário;

n) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

7.4. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 22.1, “Beneficiários em caso de morte”, das condições gerais do seguro.

9. Reintegração de cobertura

9.1. O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

10. Disposições gerais

10.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

Sumário

1. Definições
2. Cobertura adicional – Invalidez Funcional Permanente Total por Doença
3. Riscos excluídos
4. Carência
5. Âmbito territorial da cobertura
6. Capital segurado
7. Cessação da cobertura
8. Solicitação de indenização
9. Beneficiários
10. Disposições gerais

Condições Especiais da Cobertura Adicional

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)

Caso contratada, esta cobertura adicional integra o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Cobertura

2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento antecipado do capital individual segurado contratado para a cobertura básica de Morte, mediante solicitação do segurado, em caso de sua invalidez funcional permanente e total por doença, em consequência de doença que cause a perda de sua existência independente. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e da apólice de seguro.

2.2. Para fins desta cobertura, considera-se perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônomas do segurado.

2.3. Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada – segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada – de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;

b) doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, que não mais estejam inseridas em plano de tratamento direcionado à cura e ou ao controle clínico;

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

d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;

e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo;

f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;

g) deficiência visual, decorrente de doença:

I. cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05% no melhor olho, com a melhor correção óptica;

II. baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05% no melhor olho, com a melhor correção óptica;

III. casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou

IV. ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

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

i) estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

I. perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;

II. perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;

III. perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por instrumento de avaliação de invalidez funcional (IAIF) (conforme modelo a seguir), atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro, a tabela de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estados conexos avalia, por meio de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

Tabela de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estados conexos		
Atributos	**Escala**	**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 para locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativa ou prejuízo intelectual e/ou de cognição.	10

Atributos	Escala	Pontos
Relações do segurado com o cotidiano	**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) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médio constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º grau 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.	20
Conectividade do segurado com a vida	**1º grau** O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar os dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º grau O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; realizar atos de higiene e de asseio pessoal; manter as necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	10
	3º grau O segurado necessita de auxílio para realizar 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.	20

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

Para a classificação no 2º ou 3º graus, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

Todos os atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

O segundo documento, a “Tabela de dados antropométricos, fatores de risco e de morbidade”, valora cada uma das situações ali previstas.

Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

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 índice de massa corporal (IMC) superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Existem mais de 2 (dois) fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e/ou refratariedade terapêutica.	08

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de Previdência Social, assim como 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.

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 do trabalho, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela seguradora, o pagamento do capital individual segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único e **o segurado estará automaticamente excluído da apólice, e sem direito a nenhuma outra cobertura**.

Não estando comprovada a invalidez funcional permanente e total por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das condições gerais e, se houver, das condições especiais.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas ao grupo segurado.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, estão excluídos desta cobertura adicional os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

a) 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 ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;

b) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

4. Carência

4.1. Para a cobertura adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, poderá ser previsto contratualmente na proposta/apólice, uma carência de 90 (noventa) dias, contados do início de vigência desta cobertura. Caso o vínculo do segurado com o estipulante tenha se iniciado após a data início de vigência desta cobertura, a carência é contada a partir da data de admissão do segurado, desde que cumpridos os requisitos para inclusão de segurados no grupo segurado, previstos no item 9.5 das condições gerais.

5. Âmbito territorial da cobertura

5.1. Esta cobertura adicional será válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

6. Capital segurado

6.1. O capital global segurado desta cobertura será estabelecido na proposta de contratação e constará na apólice de seguro, e o capital individual segurado será calculado conforme item 13.4 das condições gerais.

6.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do sinistro, para efeito de determinação do capital individual segurado, a data da caracterização da invalidez permanente, indicada na declaração médica.

6.3. A data da invalidez será considerada por médico que esteja assistindo ao segurado, ou na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7. Cessação da cobertura

7.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, “Cancelamento da cobertura individual de seguro”, e 18.3, “Cessação da cobertura para os segurados dependentes”, das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:

a) com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados cuja invalidez funcional permanente e total por doença tenha sido caracterizada na vigência da apólice, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nessa cobertura adicional;

b) com o pagamento da totalidade do capital individual segurado contratado para essa cobertura, devendo o segurado ser excluído automaticamente da apólice.

8. Solicitação de indenização

8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 19 das condições gerais e 8.3 destas condições especiais.

8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e item 8.3 a seguir e demais disposições do seguro.

8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados serão necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;

b) exames de imagem e os respectivos laudos dos exames que comprovem a lesão. Obs.: Deverão ser encaminhados os exames que contenham fotos ou imagens em arquivos no formato pdf ou jpeg. Não abrimos links e ou arquivos armazenados em "nuvens";

c) cópia da carta de concessão de aposentadoria concedida pelo INSS;

d) declaração médica original contendo a data em que a doença foi diagnosticada e caracterizada como invalidez total;

e) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;

f) carteira de trabalho ou contrato/estatuto social.

g) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

8.3.1 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. Caso o segurado se recuse a submeter-se aos exames e/ou avaliações solicitadas pela seguradora, tal fato acarretará a perda do direito à indenização.

8.3.2 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.

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

8.4. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

9. Beneficiários

9.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 22.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro.

10. Disposições gerais

10.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DOENÇAS GRAVES (DG)

Sumário

1. Definições
2. Cobertura adicional – Doenças Graves
3. Riscos excluídos
4. Carência
5. Âmbito territorial da cobertura
6. Capital segurado
7. Cessação da cobertura
8. Solicitação de indenização
9. Beneficiários
10. Disposições gerais

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DOENÇAS GRAVES (DG)

Caso contratada esta cobertura adicional, estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo. Para fins desta cobertura, são consideradas como doenças graves, quando assim caracterizadas por médico especialista, evidenciada por exames com laudos conclusivos:

a) **câncer:** designação genérica de tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células malignas no corpo humano;

b) **infarto agudo do miocárdio (IAM):** advento repentino de morte de parte do músculo cardíaco, como resultado de suprimento inadequado de sangue. O diagnóstico deve ser baseado em uma história clínica de dor típica no peito, mudanças eletrocardiográficas compatíveis com IAM e elevação de enzimas específicas e a morte propriamente dita do músculo cardíaco, comprovada por exames ecocardiográficos;

c) **acidente vascular cerebral (AVC)** ou derrame: distúrbio vascular cerebral que produz sequelas neurológicas, caracterizadas como definitivas, após 6 (seis) meses da data de ocorrência do mesmo. O acidente vascular cerebral deve ter sido identificado por meio de avaliação clínica-neurológica e exames por imagem;

d) **falência renal** ou insuficiência renal crônica: doença renal em estágio terminal decorrente de qualquer causa, estando o segurado se submetendo à diálise peritoneal ou a hemodiálises regulares;

e) **transplante de órgão vital:** recepção de transplante de coração, fígado, pâncreas ou medula óssea. O diagnóstico e a recomendação para o transplante terão que ser feitos, obrigatoriamente, por no mínimo dois especialistas reconhecidos pela seguradora;

f) **perda de 80% ou mais de visão bilateralmente.**

g) **doença de Alzheimer:** doença caracterizada por demência (problema de memória, perda de habilidades motoras — como vestir-se, cozinhar, dirigir carro, lidar com dinheiro, problemas de comportamento, confusão mental, agressividade e não reconhecimento dos próprios familiares).

h) **esclerose múltipla:** doença neurológica cujo diagnóstico é comprovado por exame clínico-neurológico e exames subsidiários.

i) **doença de Parkinson:** doença neurológica cujo diagnóstico é comprovado por exame clínico-neurológico e exames subsidiários.

2. Cobertura

2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento do capital individual segurado contratado, em caso de diagnóstico de alguma das doenças

definidas no item 1.2, ocorrido durante a vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e da apólice de seguro.

2.2. O segurado deve comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento do diagnóstico de alguma das doenças definidas anteriormente, ocorrido durante a vigência da apólice.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas ao grupo segurado.

3. Riscos excluídos

3.1. Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.

3.2. Alzheimer: eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a outros tipos de demência.

3.3. AVC:

a) **ataques isquêmicos transitórios;**
b) **qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante de acidente vascular;**
c) **injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;**
d) **hemorragia cerebral causada por acidente;**
e) **hemorragia cerebral causada por tumores;**
f) **hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro;**
g) **obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico; e**
h) **sintomas neurológicos causados por enxaquecas.**

3.4. Câncer:

a) todos os cânceres não invasivos (in situ);
b) todos os tipos câncer de pele, exceto melanoma maligno invasivo (a partir da classificação Clark nível III);
c) tumor benigno;
d) câncer existente antes do início de vigência do seguro;
e) doença de Hodgkin na fase I;
f) qualquer tumor em portadores de vírus da imunodeficiência humana;
g) carcinoma micropapilar da bexiga; e
h) leucemia linfocítica crônica (classificação Rai menor que III);
g) qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência do seguro e cuja recidiva ou invasão ocorra nos 30 (trinta) dias após o início de vigência.

3.5. Esclerose múltipla: doença na fase inicial ou que esteja em remissão (sem sintomas).

3.6. Infarto agudo do miocárdio:

a) **angina do peito incluindo angina estável e instável;**
b) **angina decúbito;**
c) **infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG e sem elevação da troponina "I" ou "T"; e**
d) **outras síndromes coronarianas agudas.**

3.7. Insuficiência renal crônica terminal: insuficiência renal aguda e/ou insuficiência renal crônica que não necessite de diálise peritoneal, hemodiálise e/ou transplante renal.

3.8. Parkinson: eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de e/ou relacionados a:

a) **doença de Parkinson decorrente do uso crônico de medicamentos;**
b) **doenças neurológicas, agudas ou crônicas, que acarretem quadro clínico semelhante à doença de Parkinson;**
c) **doença de Parkinson de intoxicação por manganês, derivados de petróleo e de inseticidas;**
d) **doença de Parkinson decorrente de trauma craniano repetitivo.**

3.9. Transplante de órgãos:

a) **colocação de órgãos artificiais, como coração artificial, ainda que em caráter temporário enquanto se aguarda de um doador humano.**
b) **transplantes com órgão de animais, não humanos.**
c) **autotransplantes (medula, mãos etc.).**
d) **transplantes de córnea, pele e outros órgãos, partes corporais ou tecidos não especificados.**
e) **transplante de células-tronco (células embrionárias que não as hematopoiéticas).**
f) **transplante de células da ilhota de Langerhans do pâncreas.**

4. Carência

4.1. **Para a cobertura adicional de Doenças Graves, poderá ser previsto contratualmente na proposta/apólice uma carência de 90 (noventa) dias, contados do início de vigência desta cobertura. Caso o vínculo do segurado com o estipulante tenha se iniciado após a data de início de vigência desta cobertura, a carência é contada a partir da data de admissão do segurado, desde que cumpridos os requisitos para inclusão de segurados no grupo segurado, previsto no item 9.5 das condições gerais.**

5. Âmbito territorial da cobertura

5.1. Esta cobertura adicional será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

6. Capital segurado

6.1. O capital global segurado desta cobertura será estabelecido na proposta de contratação e constará na apólice de seguro, e o capital individual segurado será calculado conforme item 13.4 das condições gerais.

6.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do sinistro, para efeito de determinação do capital individual segurado:

a) 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 pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7. Cessação da cobertura

7.1. À cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, “Cancelamento da cobertura individual de seguro”, e 18.3, “Cessação da cobertura para os segurados dependentes”, das condições gerais.

8. Solicitação de indenização

8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 19 das condições gerais e 8.3 destas condições especiais.

8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e item 8.3 das condições especiais e demais disposições do seguro.

8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados serão necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;

b) exames de imagem e o respectivos laudos dos exames que comprovem a lesão. Obs.: Deverão ser encaminhados os exames que contenham fotos ou imagens em arquivos no formato pdf ou jpeg. Não abrimos links e ou arquivos armazenados em “nuvens”;

c) cópia do prontuário médico em caso de internações hospitalares;

d) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;

e) carteira de trabalho ou contrato/estatuto social;

f) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

8.4. O segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico do segurado. Caso o segurado se recuse a submeter-se aos exames e/ou avaliações solicitadas pela seguradora, tal fato acarretará a perda do direito à indenização.

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

8.6. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

9. Beneficiários

9.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 22.1, “Beneficiários em caso de morte”, das condições gerais do seguro.

10. Disposições gerais

10.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

AUXÍLIO CESTA BÁSICA (ACB)

Sumário

1. Definições
2. Cobertura adicional – Cesta Básica
3. Riscos excluídos
4. Âmbito territorial da cobertura
5. Capital segurado
6. Cessação da cobertura
7. Solicitação de indenização
8. Beneficiários
9. Disposições gerais

Condições Especiais da Cobertura Adicional

AUXÍLIO CESTA BÁSICA (ACB)

Caso contratada esta cobertura adicional, estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Cobertura

2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento do capital individual segurado contratado a título de auxílio para aquisição de cesta básica, no caso de morte do segurado titular. **Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e da apólice de seguro.**

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas ao grupo segurado.

3. Riscos excluídos

3.1. **Serão considerados riscos excluídos os sinistros decorrentes das causas descritas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais deste seguro, ficando os beneficiários sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores**.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital global segurado desta cobertura será estabelecido na proposta de contratação e constará na apólice de seguro, e o capital individual segurado será calculado conforme item 13.4 das condições gerais.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do sinistro, para efeito de determinação do capital individual segurado, a data da morte do segurado titular.

6. Cessação da cobertura

6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento da cobertura individual de seguro", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 19 das condições gerais e 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e item 7.3 das condições especiais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados serão necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) cópia autenticada da certidão de óbito;

b) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;

c) carteira de trabalho ou contrato/estatuto social;

d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário;

7.4. A indenização será paga aos beneficiários de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Os beneficiários estão em conformidade com a cláusula beneficiária, item 22.1, “Beneficiários em caso de morte”, das condições gerais do seguro.

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

RESCISÃO TRABALHISTA (RT)

Sumário

1. Definições
2. Cobertura adicional – Rescisão Trabalhista
3. Riscos excluídos
4. Âmbito territorial da cobertura
5. Capital segurado
6. Cessação da cobertura
7. Solicitação de indenização
8. Beneficiários
9. Disposições gerais

Condições Especiais da Cobertura Adicional

RESCISÃO TRABALHISTA (RT)

Caso contratada esta cobertura adicional, estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Cobertura

2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao estipulante o reembolso das verbas rescisórias exclusivamente trabalhistas devidamente comprovadas, até o limite do capital individual segurado contratado para esta cobertura, **em caso de morte do segurado titular** (independentemente da causa), ocorrida durante a vigência da apólice. **Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e da apólice de seguro.**

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas ao grupo segurado.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, estão excluídos desta cobertura adicional as despesas incorridas pelo estipulante, direta ou indiretamente, com:

a) quaisquer tipos de multas, juros ou encargos devidos pelo atraso no pagamento das verbas rescisórias devidas pelo estipulante;

b) quaisquer tipos de custas judiciais, mesmo que relacionadas à propositura de ação de consignação em pagamento, inclusive honorários (advocatícios, periciais, sucumbenciais);

c) quaisquer pagamentos efetuados em juízo ou extrajudicialmente, pelo estipulante, a herdeiros do segurado que questionem o pagamento das verbas rescisórias já efetuado administrativamente;

d) quaisquer pagamentos a título de danos diretos ou indiretos, morais, materiais, estéticos ou qualquer outra forma de indenização.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital global segurado desta cobertura será estabelecido na proposta de contratação e constará na apólice de seguro, e o capital individual segurado será calculado conforme item 13.4 das condições gerais.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do sinistro, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do segurado titular.

6. Cessação da cobertura

6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, “Cancelamento da cobertura individual de seguro”, e 18.3, “Cessação da cobertura para os segurados dependentes”, das condições gerais.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 19 das condições gerais e 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 19, “Procedimento em caso de sinistro”, e item 7.3 das condições gerais das condições especiais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados serão necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) cópia autenticada da certidão de óbito;

b) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;

c) comprovantes de pagamento das verbas rescisórias;

d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo estipulante;

e) para esta cobertura será necessária apresentação dos comprovantes das despesas ocorridas com a rescisão do contrato de trabalho:

I. Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho (TRCT); e

II. Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), com as anotações atualizadas.

7.4. A indenização será paga ao estipulante de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Para efeito deste seguro o beneficiário será o estipulante deste seguro.

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO) – ACIDENTAL

Sumário

1. Definições
2. Cobertura adicional – Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas
3. Riscos excluídos
4. Âmbito territorial da cobertura
5. Capital segurado
6. Cessação da cobertura
7. Solicitação de indenização
8. Beneficiários
9. Disposições gerais

Condições Especiais da Cobertura Adicional

DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS (DMHO) – ACIDENTAL

Caso contratada esta cobertura adicional, estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Cobertura

2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garante o reembolso das despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto, e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados a partir da data do acidente, até o limite do valor do capital individual segurado contratado. **Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e da apólice de seguro.**

2.2. A seguradora reembolsará as despesas médico-hospitalares e odontológicas incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do segurado, desde que comprovadas mediante apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas ao grupo segurado.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, "Riscos excluídos", e aquelas citadas no conceito de acidente pessoal do glossário, ambos constantes das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

a) estados de convalescença (após a alta médica) e as despesas de acompanhantes;

b) aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a próteses de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais;

c) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;

d) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;

e) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para as quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, sequela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerativas delas consequentes;

f) luxações recidivas de qualquer articulação;

g) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

h) **estão excluídas da cobertura as doenças ocupacionais ou degenerativas, como lesão por esforço repetitivo (LER), doença osteomuscular relacionada ao trabalho (DORT) ou lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC), por não caracterizarem acidente pessoal, definido como evento súbito, involuntário, externo e violento. Esta exclusão não se aplica a acidentes súbitos ocorridos no exercício do trabalho**;

i) moléstias profissionais, mesmo quando reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "acidente de trabalho", inclusive 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 sob a nomenclatura de LER, DORT, LTC ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. A cobertura é válida somente para as despesas em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital individual segurado desta cobertura será estabelecido na proposta de contratação e constará na apólice de seguro, e o capital individual segurado será calculado conforme item 13.4 das condições gerais.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do sinistro, para efeito de determinação do capital individual segurado, a data do início do tratamento médico.

6. Franquia

6.1. A Seguradora poderá estabelecer uma franquia, em valor fixo ou percentual do capital segurado da garantia, em moeda nacional (R$), para a cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO). Esta franquia poderá ser redutível ou não redutível do valor total indenizável.

6.2. A franquia será informada na Apólice, Proposta de Contratação e na Apólice do Seguro em valor fixo e será aplicada sobre o valor total dos prejuízos indenizáveis.

6.3. A franquia será contada a partir da data do sinistro, e considerará sempre dias consecutivos e ininterruptos.

7. Cessação da cobertura

7.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento da cobertura individual de seguro", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais.

8. Solicitação de indenização

8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 19 das condições gerais e 7.3 destas condições especiais.

8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e item 7.3 das condições especiais e demais disposições do seguro.

8.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados serão necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) 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;

b) relatório médico detalhado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;

c) notas fiscais originais, recibos e outros comprovantes de despesas médicas, hospitalares ou odontológicas;

d) exames de imagem e os respectivos laudos dos exames que comprovem a lesão. Obs.: Deverão ser encaminhados os exames que contenham fotos ou imagens em arquivos no formato pdf ou jpeg. Não abrimos links e ou arquivos armazenados em "nuvens";

e) cópia autenticada da comunicação de acidente de trabalho (CAT), caso o evento tenha sido registrado no INSS;

f) receita médica;

g) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;

h) carteira de trabalho ou contrato/estatuto social;

i) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

8.4. O segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos. Caso o segurado se recuse a submeter-se aos exames e/ou avaliações solicitadas pela seguradora, tal fato acarretará a perda do direito ao reembolso.

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

8.6. A indenização será paga ao tomador das despesas de forma única e integral.

9. Beneficiários

9.1. Para efeito deste seguro, terá direito ao recebimento dos valores desta cobertura o tomador das despesas, ou seja, a pessoa física ou jurídica que tenha despendido valores para o pagamento de despesas médico hospitalares e odontológicas do segurado, contanto que sejam apresentados os comprovantes de pagamento originais referentes a tais despesas.

10. Disposições gerais

10.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Suplementar

INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE (IAC)

Sumário

1. Definições
2. Cobertura suplementar – Inclusão Automática de Cônjuge
3. Riscos excluídos
4. Âmbito territorial da cobertura
5. Capital segurado
6. Cessação da cobertura
7. Solicitação de indenização
8. Beneficiários
9. Cancelamento da cobertura desta cláusula suplementar
10. Disposições gerais

Condições Especiais da Cobertura Suplementar

INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE (IAC)

Caso contratada, esta cobertura suplementar integra o seguro, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Cobertura

2.1. A contratação desta cobertura suplementar e o pagamento do prêmio adicional pelo estipulante garantem o pagamento do capital individual segurado contratado, no caso de morte do cônjuge do segurado titular, ocorrida durante ou decorrente de sinistros ocorridos durante a vigência da apólice. **Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e da apólice de seguro.**

2.2. Será incluído automaticamente, na cobertura definida nesta cláusula, o cônjuge do segurado titular que atenda às condições de aceitação para ingresso no seguro e as demais elencadas na respectiva cláusula, sendo o capital individual segurado fixado em percentual não superior a 100% do capital da cobertura de morte do correspondente segurado titular. Para efeitos desta cobertura suplementar, a indenização correspondente à morte do cônjuge será paga diretamente ao segurado titular.

2.3. O valor adicional relativo ao prêmio desta cobertura será determinado na proposta de contratação.

2.4. Equipara-se a cônjuge o(a) companheiro(a) do segurado titular, desde que efetivamente comprovada a união estável.

2.5. A garantia para o cônjuge e/ou companheiro(a), incluído conforme esta cláusula suplementar, somente poderá ser contratada se também prevista para o segurado titular, do qual o cônjuge e/ou companheiro(a) é segurado dependente.

2.6. Para todos os efeitos legais, o(a) companheiro(a) do segurado titular deve ser devidamente reconhecido na forma da lei.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas ao grupo segurado.

3. Riscos excluídos

3.1. Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais do seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.

3.2. Deverão ser observados os riscos excluídos da cobertura de Morte.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital individual segurado para cobertura suplementar de morte do cônjuge será definido na proposta de contratação, sendo expresso em percentual aplicado à cobertura de morte do segurado titular, não podendo exceder 100% (cem por cento) do capital individual segurado contratado para esta última.

5.2. Para fins desta cobertura suplementar, considera-se como data do sinistro, para efeito de determinação do capital individual segurado, a data do óbito do cônjuge do segurado titular.

6. Cessação da cobertura

6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, “Cancelamento da cobertura individual de seguro e cessação de cobertura”, e 18.3, “Cessação da cobertura para os segurados dependentes”, das condições gerais.

6.2. Além das hipóteses previstas na cláusula 18.3, “Cessação da cobertura para os segurados dependentes”, das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições especiais cessa ainda com o cancelamento da cobertura suplementar de inclusão de cônjuge.

6.3. A cobertura desta cláusula suplementar será obrigatoriamente cancelada caso ocorra uma das seguintes situações:

a) quando ocorrer qualquer das situações previstas nos itens 18.1, “Cancelamento da apólice” e 18.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”.

b) no caso de exclusão do segurado titular da apólice;

c) no caso de morte do segurado titular;

d) no caso de cancelamento da cláusula suplementar de inclusão de cônjuge.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, conforme o caso, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 19 das condições gerais e 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados na cobertura principal, observado o item 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais, e item 7.3 das condições especiais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados serão necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) cópia autenticada da certidão de óbito do cônjuge;

b) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito ou documento correspondente em caso de companheiro(a);

c) relatório médico detalhado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;

d) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;

e) carteira de trabalho ou contrato/estatuto social;

f) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário.

g) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

7.4. A indenização será paga ao segurado titular de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Para efeito desta cobertura suplementar, o beneficiário será sempre o segurado titular. Na eventualidade de o segurado titular falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 22.1, “Beneficiários em caso de morte”, das condições gerais do seguro.

9. Cancelamento da cobertura desta cláusula suplementar

9.1 A cobertura desta cláusula suplementar será obrigatoriamente cancelada conforme previsto na cláusula 18.3 das condições gerais.

10. Disposições gerais

10.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Condições Especiais da Cobertura Suplementar

INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS (IAF)

Sumário

1. Definições
2. Cobertura Suplementar – Inclusão Automática de Filhos
3. Riscos excluídos
4. Âmbito territorial da cobertura
5. Capital segurado
6. Cessação da cobertura
7. Solicitação de indenização
8. Beneficiários
9. Cancelamento da cobertura desta cláusula suplementar
10. Disposições gerais

Condições Especiais da Cobertura Suplementar

INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS (IAF)

Caso contratada, esta cobertura suplementar integra o seguro, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Cobertura

2.1. A contratação desta cobertura suplementar e o pagamento do prêmio adicional pelo estipulante garantem o pagamento do capital individual segurado contratado, no caso de morte do filho do segurado titular, considerado dependente nos termos previstos no regulamento do imposto de renda e/ou Previdência Social, ocorrida durante ou decorrente de sinistros ocorridos durante a vigência da apólice. **Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e da apólice de seguro.**

2.2. Serão incluídos automaticamente, nas coberturas definidas nesta cláusula, os filhos, enteados ou menores considerados dependentes do segurado titular e assim comprovados na forma da lei.

2.3. Quando ambos os cônjuges forem segurados do mesmo grupo segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado segurado titular para efeito desta cobertura.

2.4. O capital segurado correspondente será estabelecido em percentual não superior a 100% do segurado titular, o qual será o beneficiário do seguro.

2.5. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios.

2.6 Incluem-se entre as despesas com funeral:

a) sepultamento ou cremação;
b) aquisição ou locação de jazigo por até 3 (três) anos;
c) passagem aérea, em classe econômica, para 1 (um) membro da família;
d) urna para o sepultamento;
e) coroa de flores;
f) traslado do corpo, exclusivamente dentro do território nacional;
g) ornamentação de urna;
h) velório e paramentos (castiçais e velas que acompanham a urna);
i) mesa de condolências;
j) registro de óbito;
k) carro funerário;
l) veículo de aluguel com motorista;
m) assessoria para formalidades administrativas.

2.7. O adicional relativo ao custo desta cobertura suplementar será determinado na proposta de contratação e custeado pelo estipulante.

2.8 Esta cláusula suplementar deve ser contratada expressamente pelo estipulante, e essa contratação só poderá ser feita com a inclusão automática de todos os filhos do segurado titular enquadrados como segurados dependentes na definição prevista nas condições gerais.

2.9 A garantia contratada para o segurado dependente será aquela definida na proposta de contratação e na apólice de seguro.

2.10 Para efeitos desta cobertura suplementar, a indenização correspondente à morte do segurado dependente será paga diretamente ao segurado titular.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas ao grupo segurado.

3. Riscos excluídos

3.1. Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas no item 4, "Riscos excluídos", das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores, observados os riscos excluídos da cobertura básica de Morte.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital individual segurado para cobertura suplementar de morte do filho será definido na proposta de contratação, sendo expresso em percentual aplicado à cobertura de morte do segurado titular, não podendo exceder 100% (cem por cento) do capital individual segurado contratado para esta última.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do sinistro, para efeito de determinação do capital individual segurado, a data do óbito do filho do segurado titular.

6. Cessação da cobertura

6.1. A esta cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento da cobertura individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes" das condições gerais.

6.2. Além das hipóteses previstas na cláusula 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes" das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem essas condições especiais cessa ainda com o cancelamento da cobertura suplementar de inclusão de filhos.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado titular ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 19 das condições gerais e 7.3 destas condições

especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados na cobertura principal, observado o item 19, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e item 7.3 das condições especiais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir serão necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) cópia autenticada da certidão de óbito do(a) filho(a);

b) relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico que assistiu o filho;

c) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado;

d) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;

e) carteira de trabalho ou contrato/estatuto social;

f) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário.

7.4. A indenização será paga ao segurado titular de forma única e integral.

8. Cancelamento da cobertura desta cláusula suplementar

8.1. A cobertura desta cláusula suplementar será obrigatoriamente cancelada conforme previsto na cláusula 18.3 das condições gerais.

9. Beneficiários

9.1. Para efeito desta cobertura suplementar, o beneficiário será sempre o segurado titular. Na eventualidade de o segurado titular falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 22.1, “Beneficiários em caso de morte”, das condições gerais do seguro. Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas

10. Disposições gerais

10.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente

0800 730 0012
Atendimento 24 horas

0800 024 0025
Em caso de deficiência auditiva ou de fala
Atendimento 24 horas

Assistência Funeral e Demais Assistências

0800 730 0011
Assistência 24 horas

(+55 11) 2871 5034
Atendimento no exterior (Assistência Funeral – 24h)

Ouvidoria Prudential do Brasil

0800 200 1020
Segunda a sexta-feira, das 8h00 às 17h00, exceto feriados.
Solicitações não resolvidas já tratadas pelos canais de atendimento)

Prudential