

APÓLICE DE SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Contrato: 3320723	Subcontrato: 15515	Apólice: 61.82.004001031.0
Ramo: 82	Produto: ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO EVENTOS	Processo SUSEP: 15414.900004/2016-71
Início de Vigência: 29/01/2017	Fim de Vigência: 29/01/2019	Apólice Anterior Renovada: 01.82.005970052.0000

DADOS DO ESTIPULANTE

Nome: CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE FUTEBOL	Endereço: RUA.. VICTOR CIVITA, 66 - BL I SALAS 501 A 503	CNPJ: 33.655.721/0001-99
Bairro: BARRA DA TIJUCA	Cidade: RIO DE JANEIRO	UF: RJ CEP: 22775-040

PAGAMENTO DO PRÊMIO

Condições de Pagamento: Mensal	Forma de Cobrança: Ficha de Compensação	Vencimento Todo Dia: 25	Cosseguro: Não
--	---	-----------------------------------	--------------------------

CORRETOR

Corretor: VGA CORRETORA SEGUROS LTDA	SUSEP nº: 00000.10.007350-4
---	------------------------------------

OBSERVAÇÕES

Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. As coberturas e capitais segurados estão descritas nas Condições Contratuais do seguro.

A Seguradora, tendo em vista as declarações constantes da proposta que lhe foi apresentada pelo Estipulante e que é parte integrante deste contrato, obriga-se a indenizar, nos termos e sob as Condições Gerais, Especiais e/ou Particulares convencionadas, as consequências dos eventos discriminados nas Condições Contratuais.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

O segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Para a solução amigável de eventuais conflitos relacionados a este contrato, o segurado poderá entrar em contato com a Itaú Seguros Resolve através do 4004-4444 (capitais e principais regiões metropolitanas) ou 0800 727 4444 (demais localidades).

Dúvidas, sugestões e reclamações: fale com o seu corretor. Se preferir ligue para o SAC Itaú 0800 728 0728, todos os dias, 24h, ou acesse o Fale Conosco no www.itau.com.br. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, ligue para a Ouvidoria Corporativa Itaú: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9 às 18 horas, Caixa Postal 67.600, CEP 03162-971. Deficientes auditivos são atendidos todos os dias, 24h através do 0800 722 1722.

Luiz Eduardo Loureiro Veloso
Diretor Executivo

Leon Gottlieb
Diretor

CONDIÇÕES PARTICULARES

Contrato: 3320723	Subcontrato: 15515	Apólice: 61.82.004001031.0	
Grupo/Ramo: 09 / 82	Produto: ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO EVENTOS	Processo SUSEP: 15414.900004/2016-71	Data Emissão: 20/01/2017

1. GRUPO SEGURÁVEL

O grupo segurável será constituído por ativos, staff, público, segurança e montadores, desde que comprovado o vínculo.

2. DESCRIÇÃO DO EVENTO

O objetivo desta é apresentar as condições do seguinte evento: CONFORME DESCrito CONDIÇÃO PARTICULAR.

3. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

O presente contrato terá início de vigência a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia 29/01/2017, e fim de vigência nas 24 (vinte e quatro horas) do dia 29/01/2019, sendo renovada uma única vez caso não haja manifestação contrária de nenhuma das partes em até 60 (sessenta) dias antes do término de vigência.

Caso este contrato seja renovado, conforme manifestação expressa do Estipulante, não haverá atualização monetária de capitais e prêmios para esta apólice.

4. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO NO GRUPO SEGURADO

Para a inclusão no seguro, todo componente do grupo segurável deverá preencher e assinar a Proposta de Adesão contendo a Declaração Pessoal de Saúde.

A Seguradora terá 15 (quinze) dias para se manifestar quanto à aceitação do proponente na apólice. Caso a Seguradora não se manifeste neste prazo, considerar-se-á como aceito o risco individual do proponente.

O SIMPLES RECEBIMENTO DA PROPOSTA DE ADESÃO E/OU DA PRIMEIRA PARCELA DO PRÊMIO NÃO IMPLICA CONTRATAÇÃO/ACEITAÇÃO DO SEGURO e, caso a Proposta de Adesão não seja aceita, durante o período em que a Seguradora analisar o risco vigorará a cobertura provisória com o devido pagamento do prêmio proporcional.

As Propostas de Adesão devidamente preenchidas que não tiverem nenhum apontamento na Declaração Pessoal de Saúde e Atividade ficarão no dossiê do funcionário e serão utilizadas para designação de beneficiários em caso de eventual sinistro.

O Estipulante deverá manter as Propostas de Adesão em arquivo e disponibilizá-las à Seguradora sempre que solicitado e em caso de sinistro.

Os componentes do grupo segurável que estiverem afastados do trabalho na data de início de vigência do seguro, somente poderão ser incluídos na apólice após retorno às suas atividades profissionais. Os segurados já aceitos na apólice que se afastarem durante a vigência do seguro, estarão cobertos, desde que permaneçam na relação de segurados e que o Estipulante continue repassando o valor referente ao prêmio de seguro à Seguradora.

Os segurados que se aposentarem durante a vigência do seguro, estarão automaticamente excluídos do grupo segurado. A apólice a que se refere este instrumento não prevê a aceitação de segurados aposentados em Subcontrato específico.

5. LIMITE DE IDADE

O preço e as condições deste seguro foram estabelecidos com base em premissas atuariais que levam em conta a idade de ingresso do segurado de até 99 anos.

6. SUBCONTRATO

Participa da apólice a que este instrumento se refere, na qualidade de Subcontrato, a empresa CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE FUTEBOL.

Toda e qualquer informação a respeito do(s) Subcontrato(s) será de responsabilidade do Estipulante.

7. GARANTIAS, TAXAS E CAPITAL SEGURADO

As garantias, taxas e capitais segurados contratados pelo Estipulante para a apólice a que este instrumento se refere, são:

Garantias	Capitais	Taxas
MORTE ACIDENTAL	R\$ 25.000,00	0,000338
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE** ATÉ - Até	100,00%	0,000190
DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS - Até	12,00% limitado a R\$ 3.000,00	0,012264

OBSERVAÇÕES:

A Taxa Média mensal é a soma do resultado da ponderação das taxas por garantia e seus percentuais. Sua correta aplicação, exceto a garantia de Diária por Incapacidade Temporária e/ou Diária de Internação Hospitalar, quando contratada, totalizará na taxa média acordada de 0,002000 (por mil).

A taxa acima contempla o IOF de 0,38 %.

7.1. TIPO DE CAPITAL SEGURADO: UNIFORME

O capital será o mesmo para todos os segurados. A garantia de MORTE ACIDENTAL representará 100% deste valor.

Capital Segurado: O capital segurado será de R\$ 25.000,00.

8. CUSTEIO DO SEGURO

O seguro é não contributário, isto é, os prêmios serão pagos integralmente pelo Estipulante.

9. ÍNDICES DE ADESÃO E MANUTENÇÃO DA APÓLICE

O índice mínimo para adesão e manutenção da apólice será de 100% (cem por cento) do grupo segurável. Caso se verifique quantidade inferior a esta, a apólice poderá ser cancelada, a critério da Seguradora, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias.

10. FATURAMENTO

O Estipulante deverá encaminhar a Seguradora, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao do risco, em arquivos eletrônicos mensais, em layout específico da Seguradora, os seguintes dados do grupo segurado:

- Matrícula
- Nome completo
- Data de nascimento
- Sexo
- Nº. do CPF
- Data de admissão
- Data de inclusão no seguro
- Salário total e/ou capital segurado

- Prêmio do seguro

Todos os segurados deverão constar do arquivo enviado mensalmente inclusive os aposentados e afastados com os capitais e prêmios devidamente atualizados de acordo com o início de cobertura. Este arquivo caracterizará a cobertura e posição mensal do seguro de cada segurado para efeito de indenização em caso de eventual sinistro ocorrido no mês da cobertura a que se referir o respectivo arquivo mensal, bem como para efeito de cobrança de prêmios.

Decorrido o prazo acima, sem que o Estipulante tenha encaminhado o arquivo, a fatura mensal será emitida com base no último arquivo recebido pela Seguradora.

Qualquer incorreção no referido arquivo será de única e exclusiva responsabilidade do **Estipulante**.

11. PAGAMENTO DE SINISTRO

O pagamento de qualquer indenização de sinistro, de acordo com o SPB - Sistema de Pagamentos Brasileiro, instituído pelo Banco Central do Brasil, será procedido mediante crédito em conta corrente, conta esta que deverá ser indicada pelo segurado ou beneficiário e implicará na plena quitação da indenização. No caso do segurado ou beneficiário não possuir conta corrente será indicada outra forma de pagamento.

No caso de sinistro em que o segurado tenha sido incluído indevidamente, a responsabilidade da Seguradora fica limitada a devolução dos prêmios pagos correspondentes à cobertura deste seguro.

Ocorrendo sinistro com segurado cujo capital conste com valor superior ao limite máximo em vigor na apólice na data do evento, a responsabilidade da Seguradora fica limitada ao capital máximo e à devolução dos prêmios pagos a maior.

Não será considerada, para efeito de cálculo do valor da indenização, qualquer diferença relativa à adoção de critérios de aumento salarial divergente do que fora previamente pactuado no contrato. Uma vez constatada tal situação, será providenciada a imediata devolução acumulada das diferenças de prêmios pagos indevidamente.

12. BENEFICIÁRIOS

O segurado titular poderá alterar seus beneficiários a qualquer tempo, por meio de solicitação formal preenchida e assinada.

Se o **segurado titular** falecer sem indicar beneficiários, ou se não prevalecer a indicação feita, o capital segurado será pago por metade ao seu cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, de acordo com a legislação vigente.

O beneficiário do segurado dependente será sempre o segurado titular.

Caso haja particularidades em relação aos beneficiários de alguma garantia, esta estará descrita nas Condições Especiais da garantia.

13. ALTERAÇÃO DO CONTRATO

Nenhuma alteração deste contrato será válida se não for feita por meio de aditamentos ou endossos emitidos pela **Seguradora**.

Qualquer modificação na apólice em vigor que implique ônus ou dever para os segurados, ou redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado, nos termos do artigo 801 do Código Civil.

14. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se as Condições Gerais e Especiais do Seguro de Acidentes Pessoais - Eventos, desde que não alteradas por este instrumento.

15. SOLUÇÃO AMIGÁVEL DE CONFLITOS

Para a solução amigável de eventuais conflitos relacionados a este contrato, o segurado poderá entrar em contato com o Itaú Seguros Resolve: 4004-4444 - Capitais e Principais Regiões Metropolitanas ou 0800 727-4444 - Demais localidades. Atendimento 24 horas para Serviços de Assistência e das 6 h às 24 h para demais informações. O Itaú coloca ainda à disposição do Cliente o SAC - Itaú (0800 728-0728) e o Fale Conosco (www.itau.com.br). Se não for solucionado o conflito, o Cliente poderá recorrer à Ouvidoria Corporativa Itaú (0800 570-0011), em dias úteis, das 9 às 18 horas, Caixa Postal 67.600, CEP 03162-971. Central de Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 722 1722.

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

1. O QUE ESTÁ COBERTO

A cobertura de Morte Acidental garante o pagamento do capital Segurado contratado para esta cobertura, definido no Certificado Individual, ao(s) beneficiário(s) do seguro, no caso de morte do Segurado causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro e observadas as Condições Contratuais deste seguro.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta cobertura destina-se somente 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, observando-se:

- a) Incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o translado e;
- b) Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados no item “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do Segurado deverá (ão) apresentar os seguintes documentos, além daqueles mencionados nas Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE MORTE ACIDENTAL DO SEGURADO:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia.
- Resultados dos exames complementares (se realizados)
- Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado).

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. O QUE ESTÁ COBERTO

A cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente garante o pagamento do capital Segurado relativo à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do seguro, limitada ao capital Segurado contratado para esta cobertura e definido no Certificado Individual e observadas as condições contratuais deste seguro.

Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na "Tabela para Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente", descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% 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 DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior (mandíbula)	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-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 (cúbitos)	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09

INVALIDEZ PERMANENT E	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
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 fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tibios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores: * de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	* de 4 (quatro) centímetros	10
	* de 3 (três) centímetros	06
	* 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, à percentagem 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 percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

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

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

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

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

A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

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

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

A invalidez permanente deve ser comprovada por meio de declaração médica apresentada à Seguradora.

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

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

O pagamento do capital segurado referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela Seguradora.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Todos os riscos mencionados no item “RISCOS EXCLUÍDOS” das Condições Gerais estão excluídos desta cobertura.

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do Segurado, ou o próprio Segurado, deverá (ão) apresentar os seguintes documentos, além daqueles mencionados nas Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DO SEGURADO:

- Certidão de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o percentual de Invalidez Permanente;
- Radiografias e outros exames médicos que tenham sido realizados.
- Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente de trânsito em que o Segurado seja o condutor do veículo acidentado).

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Esta cobertura garante ao Segurado o reembolso de despesas médico-hospitalares e Odontológicas efetuadas para seu tratamento em decorrência exclusivamente de um acidente pessoal, sob orientação médica, **desde que iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto** e ocorrido no período de vigência do seguro, limitado ao valor contratado para esta cobertura, definido no Certificado Individual e observadas as condições contratuais deste seguro.

A Seguradora indenizará as despesas médico-hospitalares e odontológicas incorridas a critério médico, necessárias para o restabelecimento do Segurado, observados os seguintes critérios:

- a) Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados;
- a) A comprovação das despesas médico-hospitalares e odontológicas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais das despesas e dos relatórios médicos.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item **RISCOS EXCLUÍDOS** e aqueles citados no conceito de acidente pessoal, ambos constantes das Condições Gerais, estão também expressamente excluídos desta cobertura:

- 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) Lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores a celebração deste Contrato, para os 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 degenerantes delas consequentes;
- d) Luxações recidivantes de qualquer articulação;
- e) Instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;

3. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Para o Aviso de Sinistro, o(s) beneficiário(s) do Segurado, ou o próprio Segurado, deverá (ão) apresentar os seguintes documentos, além daqueles mencionados nas Condições Gerais do seguro:

EM CASO DE DESPESAS MÉDICO-HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS DO SEGURADO:

- Declaração da entidade hospitalar constando: nome do Segurado, data da internação e da alta médica, diagnóstico detalhado, descrição do procedimento, tratamento ou cirurgias realizadas e identificação do médico assistente;
- Relatório detalhado do médico assistente atestando o tratamento realizado;
- Notas Fiscais originais;
- Resultados dos exames indicativos da lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- Cópia autenticada do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho, caso o evento tenha sido registrado no INSS;
- Receita Médica.

**CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO
EVENTOS**

SUMÁRIO

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES -----	3
2. APRESENTAÇÃO -----	3
3. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO -----	3
4. GLOSSÁRIO -----	4
5. OBJETIVO DO SEGURO -----	8
6. EVENTOS COBERTOS -----	8
7. COBERTURAS DO SEGURO -----	8
8. RISCOS EXCLUÍDOS: -----	9
9. ÂMBITO GEOGRÁFICO -----	111
10. CARÊNCIA E FRANQUIA -----	11
11. CONTRATAÇÃO -----	12
12. ACEITAÇÃO DO SEGURO -----	13
13. VIGÊNCIA -----	14
14. RENOVAÇÃO -----	14
15. CAPITAL SEGURADO -----	14
16. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO -----	14
17. PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO -----	15
18. RECÁLCULO DO PRÊMIO -----	16
19. CANCELAMENTO DO SEGURO -----	17
20. PROCEDIMENTOS EM CASOS DE SINISTRO -----	18
21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO -----	19
22. JUNTA MÉDICA -----	21
23. PERÍCIA DA SEGURADORA -----	21
24. PAGAMENTO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS -----	21
25. PERDA DE DIREITOS -----	22
26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE -----	23
27. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA -----	24
28. ALTERAÇÃO DA APÓLICE -----	25
29. COMUNICAÇÕES -----	25
30. EXCEDENTE TÉCNICO -----	276
31. PRESCRIÇÃO -----	27
32. SOLUÇÃO AMIGÁVEL DE CONFLITOS -----	27

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.
- 1.2. O registro deste seguro na Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 1.3. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica (CNPJ) ou o Cadastro de Pessoas Físicas (CPF).
- 1.4. Este seguro é por prazo determinado tendo a sociedade seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

2. APRESENTAÇÃO

- 2.1. A seguir são apresentadas as Condições Contratuais do Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, que estabelecem as normas de funcionamento das coberturas do produto contratado. O custeio do seguro poderá ser contributário (no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do Segurado) ou não, dependendo da escolha do Estipulante.
- 2.2. Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, conforme contratadas e discriminadas no Certificado Individual, desprezando-se quaisquer outras.
- 2.3. Mediante a contratação do seguro, o Segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Contratuais.
- 2.4. Para os casos não previstos nestas Condições Contratuais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

3. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO

- 3.1. As **CONDIÇÕES CONTRATUAIS** deste seguro correspondem ao conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da Proposta de Contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais da apólice e, no caso de plano coletivo, do contrato, da Proposta de Adesão e do Certificado Individual.

3.2. Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da Seguradora, dos Segurados, dos beneficiários e, quando couber, do Estipulante;

3.3. Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes coberturas que podem ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

4. GLOSSÁRIO

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados, segue abaixo uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais:

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

a) Incluem-se nesse conceito:

- a.1) o suicídio ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) os acidentes decorrentes de escapamento accidental de gases e vapores;
- a.4) os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e
- a.5) os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

b) Excluem-se desse conceito:

- b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b.2) as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC) ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre

integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definida nestas Condições Contratuais.

ACIDENTES CARDIOVASCULARES: conjunto de doenças que afetam o aparelho cardiovascular, designadamente o coração e os vasos sanguíneos.

ACIDENTES MÉDICOS: ocorrências nas quais ocorrem imprevistos (não intencionais), tais como quebra ou mau funcionamento de dispositivo ou aparelho durante procedimento médico, após implante ou durante o uso; reação anormal causada por medicamentos ou procedimentos médicos ou cirúrgicos.

ANEURISMA: é uma dilatação vascular causada pela fraqueza da parede de uma artéria ou veia, que pode ser congênita ou adquirida.

APÓLICE: documento emitido pela Seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo Estipulante, nos planos coletivos.

APOPLEXIA: cessação brusca e quase completa de todas as funções do cérebro, causada na maioria das vezes por uma hemorragia cerebral, por vezes por uma embolia ou trombose de uma artéria cerebral; caracteriza-se pela perda súbita da consciência, com persistência da circulação e da respiração.

ARTRITE REUMATÓIDE: doença autoimune inflamatória, caracterizada por acometer múltiplas articulações pequenas, de extremidade, simétricas e geralmente progressivas.

ATIVIDADE LABORATIVA: qualquer ação ou trabalho por meio do qual o Segurado obtenha renda.

BENEFICIÁRIO: pessoa física ou jurídica designada pelo Segurado para receber o valor do capital segurado, de acordo com a cobertura pleiteada, na hipótese de ocorrência de sinistro coberto. Na ausência de indicação de beneficiário(s) pelo Segurado, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que tiver sido feita, o capital segurado será pago conforme legislação vigente.

CAPITAL SEGURADO: valor máximo a ser pago ou reembolsado pela Seguradora ao Beneficiário, conforme estabelecido para cada cobertura contratada, vigente na data do evento.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: documento emitido pela Seguradora e destinado ao Segurado, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

CIÁTICA: dor radiante no trajeto do nervo ciático no membro inferior, com alteração motora e sensitiva.

COBERTURAS: termo utilizado para indicar as obrigações que a Seguradora assume com o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto, desde que constante do Certificado Individual.

COMORIÊNCIA: morte de duas ou mais pessoas, ocorrida simultaneamente, sem que se possa, a rigor, determinar qual delas tenha falecido em primeiro lugar.

CONTRATO: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários;

DOENÇAS, LESÕES OU ACIDENTES PREEXISTENTES: É a doença, lesão, sintomas ou sinais de conhecimento do segurado, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares ou por exames diagnósticos comprobatórios, inclusive as congênitas e as lesões decorrentes de acidentes pessoais sofridos antes da adesão ao seguro, e não declarada na Proposta de Adesão. Caracterizam-se pela existência de sinais, sintomas ou quaisquer alterações evidentes do seu estado de saúde.

DOENÇAS CRÍTICAS: para efeito deste seguro, são Doenças Críticas o Diagnóstico de Câncer, Infarto do Miocárdio, Derrame Cerebral, Falência do Rim, Transplante de Órgão Vital e Paralisia.

DOLO: ato intencional e consciente com a finalidade de conseguir vantagem proibida em lei (ilícita) em proveito próprio ou alheio.

ESTIPULANTE: é a pessoa jurídica que propõe e contrata o plano coletivo, ficando investida dos poderes de representação dos Segurados, nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.

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

EVENTO PRAZO CURTO: é o evento realizado pelo Estipulante, por prazo curto e determinado, com local definido e para o qual a cobertura do seguro é contratada.

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

FRANQUIA: é o período mínimo de dias, ininterrupto, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o evento deve perdurar, para que o Segurado possa pleitear o capital segurado da cobertura para a qual foi estabelecida a franquia. Para os fins deste seguro, **a franquia é deduzida por evento.**

FRANQUIA DEDUTÍVEL: é o valor ou percentual que representa a participação obrigatória do Segurado nas indenizações em cada sinistro.

GRUPO SEGURADO: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice coletiva.

GRUPO SEGURÁVEL: é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva.

HOSPITAL: é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. **Não se entende como estabelecimento hospitalar: clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescência para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela Seguradora.**

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: é o afastamento do Segurado das atividades relativas a sua profissão ou ocupação, por incapacidade decorrente de doença ou acidente pessoal coberto, e comprovada por determinação médica.

ÍNDICE DE ATUALIZAÇÃO: é o índice de preços adotado para fins de atualização monetária dos valores referentes a este Seguro, aplicado de acordo com o disposto nestas Condições Contratuais.

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

INÍCIO DE VIGÊNCIA: é a data a partir da qual as coberturas são garantidas pela Seguradora;

INTERNAÇÃO HOSPITALAR: é a internação em hospital em período superior a 24 (vinte e quatro) horas, comprovada por meio de notas fiscais, pedido médico de internação acompanhado de relatório médico, declaração do hospital onde ocorreu a internação ou qualquer instrumento legal de cobrança.

MÉDICO: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que esteja assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. **Não serão aceitos como médico o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

MIGRAÇÃO DE APÓLICES: a transferência de apólice coletiva para outra Seguradora, em período não coincidente com o término da respectiva vigência;

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 ao capital segurado da cobertura para a qual foi estabelecida a carência.

PRÊMIO: valor correspondente ao custeio do seguro.

PRO RATA TEMPORIS: é um método de se calcular o prêmio de seguro com base nos dias de vigência do contrato, quando este for realizado por período inferior a 1 (um) ano e sempre que não cabível o cálculo do prêmio a Prazo Curto

PROPONENTE: pessoa física interessada em aderir ao plano coletivo, que propõe sua adesão à apólice e que passará à condição de segurado somente após a sua aceitação pela Seguradora, com o devido pagamento do prêmio do seguro.

PROPOSTA DE ADESÃO: é o documento que contém os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir ao plano coletivo, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

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

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

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

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

SEGURADO TITULAR: é a pessoa física que mantém vínculo com o **Estipulante**, cuja Proposta de Adesão à Apólice foi aceita pela **Seguradora**, e sobre a qual se estabelecerá as coberturas do seguro.

SEGURADORA: é a empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos Contratos de seguro, e responsável pelo pagamento da indenização nos termos contratados.

SINISTRO: é a ocorrência do evento coberto previsto na(s) cobertura(s), durante o período de vigência do seguro.

VIGÊNCIA: é o período durante o qual as coberturas contratadas são garantidas pela Seguradora, conforme constante do Certificado Individual.

5. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de um capital segurado ao Beneficiário, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as Condições Contratuais.

6. EVENTOS COBERTOS

Para fins deste seguro, consideram-se eventos cobertos aqueles definidos nas Condições Especiais, que fazem parte integrante e inseparável das Condições Contratuais deste seguro.

7. COBERTURAS DO SEGURO

7.1. O Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo oferece as seguintes coberturas:

Básicas

Morte Acidental

Morte Acidental em Evento de Prazo Curto

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto

Adicionais

Despesas Médico-Hospitalares Odontológicas

Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas em Evento Prazo Curto

Diária por Internação Hospitalar - Acidente

Diária por Incapacidade Temporária por Acidente

Diária por Incapacidade Temporária por Doença

Diária por Incapacidade Temporária por Acidente/Doença
 Diária por Incapacidade Temporária – Tabela de Eventos
 Auxílio-Funeral – Morte Acidental
 Auxílio Cesta Básica – Morte Acidental
 Diagnóstico de Câncer
 Infarto do Miocárdio
 Derrame Cerebral
 Falência do Rim Transplante de órgão vital
 Paralisia

7.2. Cláusulas Suplementares:

- a) Inclusão Facultativa de Cônjuges
- b) Inclusão Facultativa de Filhos
- c) Inclusão Automática de Cônjuges
- d) Inclusão Automática de Filhos

7.3. Condições para contratação das coberturas:

- a) As coberturas são livremente escolhidas pelo Estipulante, observados os limites estabelecidos para a contratação;
- b) Deverá ser contratada ao menos uma das coberturas definidas como básicas no item 7.1;
- c) A cobertura de Auxílio Funeral-Morte Acidental (AFa) somente poderá ser contratada se for contratada uma das coberturas básicas de Morte Acidental;
- d) Em nenhuma hipótese as coberturas adicionais do item 7.2 poderão ser contratadas isoladamente;
- e) As coberturas, quaisquer que sejam, serão concedidas para todo o grupo Segurado, de acordo com o plano de seguro contratado, respeitando-se as condições de elegibilidade de cada segurado;
- f) As coberturas escolhidas pelo Estipulante serão definidas na Proposta de Contratação e deverão constar da Apólice.

8. RISCOS EXCLUÍDOS:

8.1. ALÉM DOS RISCOS EXCLUÍDOS ESPECIFICAMENTE DESCritos EM CADA COBERTURA, ESTE SEGURO NÃO COBRE, EM HIPÓTESE ALGUMA, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:

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

- b) Invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) Doença, lesão, acidente ou condição preexistente de conhecimento do Segurado e não declarada na Proposta de Adesão, que contribua diretamente na caracterização de um evento previsto nestas Condições Contratuais;
- d) Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro;
- e) Atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;
- f) Epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo, assim declaradas por órgão competente;
- g) Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- h) Perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista ou relacionados a ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente, não obstante o que em contrário possam dispor as condições contratuais do presente seguro;
- i) Acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto;
- j) Acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas consequências surjam durante a sua vigência;
- k) Tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências, mesmo quando provocado por acidente;
- l) Suicídio ou a tentativa de suicídio, cometido nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses do início da vigência individual do seguro ou aumento de capital por solicitação do Segurado;
- m) Perda de dentes e danos estéticos.

8.2. Além dos riscos mencionados acima, estão também expressamente excluídos da cobertura de acidentes pessoais, os acidentes ocorridos em consequência de:

- a) 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 causado em decorrência de acidente coberto.

9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

9.1. As coberturas deste seguro serão válidas geograficamente conforme tabela abaixo:

COBERTURAS	ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA
Morte Acidental Auxílio Cesta Básica – Morte Acidental	A cobertura é válida em todo o globo terrestre.
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Diária por Incapacidade Temporária por Acidente Diária por Incapacidade Temporária por Acidente/Doença Diária por Incapacidade Temporária Doença Diária por Incapacidade Temporária – Tabela de Eventos	A cobertura é válida somente para o diagnóstico da invalidez e da incapacidade em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.
Despesas Médico-Hospitalares Odontológicas Auxílio-Funeral – Morte Acidental	A cobertura é válida somente para as despesas em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.
Diária por Internação Hospitalar – Acidente	A cobertura é válida somente para a internação em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.
Morte Acidental em Evento de Prazo Curto Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas em Evento Prazo Curto	A cobertura é válida somente se o acidente causador do evento coberto ocorrer dentro do local do Evento Prazo Curto, e o local do Evento Prazo Curto for em território brasileiro.
Diagnóstico de Câncer Infarto do Miocárdio Derrame Cerebral Falência do Rim Transplante de Órgão Vital Paralisia	A cobertura é válida somente para o primeiro diagnóstico em território brasileiro.

10. CARÊNCIA E FRANQUIA

10.1. CARÊNCIA: Não há prazo de carência para sinistros decorrentes das coberturas de Acidentes Pessoais, exceto em caso de suicídio ou tentativa de suicídio praticado pelo

segurado, situação para a qual há carência de 2 (dois) anos ininterruptos contados a partir da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso.

Para as coberturas de Doenças Críticas (Diagnóstico de Câncer, Infarto do Miocárdio, Derrame Cerebral, Falência do Rim, Transplante de Órgão Vital e Paralisia) e Diária de Incapacidade Física Temporária e suas variações, a carência será definida no Contrato, desde que não exceda metade do prazo de vigência da cobertura previsto nas Condições Contratuais.

10.2. FRANQUIA: Se houver franquia estabelecida para determinada cobertura contratada, o seu período será definido na Apólice.

10.3. FRANQUIA DEDUTÍVEL: Se houver franquia dedutível estabelecida para determinada cobertura contratada, esta será definida na Apólice.

10.4 Para as coberturas de Diária de Internação Hospitalar e as respectivas variações, Diária por Incapacidade Temporária e as respectivas variações, o período de franquia deverá ser de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data do evento.

11. CONTRATAÇÃO

11.1. A contratação do seguro se dá com o recebimento da Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou pelo corretor de seguros habilitado. A inclusão de proponentes se dá por meio do preenchimento completo e da assinatura da Proposta de Adesão pelo proponente, por seu representante legal, ou pelo corretor de seguros. A veracidade das informações fornecidas é de responsabilidade do proponente.

11.2. Se os dados da Apólice estiverem diferentes dos informados na Proposta de Contratação, o Estipulante deverá solicitar à Seguradora por escrito, dentro de 1 (um) mês a contar da data de emissão da Apólice, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto na Apólice.

11.3. Para que o proponente seja elegível à contratação do seguro deverá atender, simultaneamente, às seguintes condições:

a) Ter idade, na data da adesão ao seguro, entre as idades-limite mínima e máxima para contratação, que serão definidas na Apólice;

O preço e as condições deste seguro são estabelecidos com base em premissas atuariais que levam em conta a idade de ingresso do segurado de 14 (catorze) até 65 (sessenta e cinco) anos.

b) Estar em plena atividade de suas funções e perfeitas condições de saúde na data da contratação do seguro.

c) Não ter tido aneurisma, arritmia cardíaca, bôcio tóxico (hipertireoidismo), câncer, cardiopatias, diabetes melito, doença isquêmica e/ ou reumática crônica do coração, doença mental de qualquer espécie, encefalite, esclerose múltipla, hepatite viral, insuficiência cardíaca, menopausa precoce (antes dos 40 anos), nefrite (inflamação dos rins), nefrose (degeneração renal), neoplasma (tumor), osteoporose (descalcificação óssea), sífilis ou tuberculose.

11.4. As Condições Contratuais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da Proposta de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinar uma declaração, que poderá constar da própria Proposta de Adesão, de que tomou ciência das Condições Contratuais.

11.5 No caso de recepção de grupo de segurados e assistidos, originada em processo de migração de apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja cobertura esteja em vigor, inclusive aqueles afastados do serviço ativo por acidente ou doença.

12. ACEITAÇÃO DO SEGURO

12.1. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contados a partir da data do recebimento das Propostas de Contratação e Proposta de Adesão, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos. Caberá à Seguradora fornecer ao Estipulante, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta de Contratação por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

12.2. Caso a Seguradora solicite documentos complementares para análise e aceitação do risco, o que poderá ser feito apenas uma vez, o prazo de 15 (quinze) dias estabelecido no item 12.1 ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil após a data em que se der a entrega dos documentos complementares.

12.3. A ausência de comunicação da Seguradora por escrito, nos prazos previstos, caracterizará a aceitação tácita da Proposta de Contratação ou de Adesão.

12.4. Caso a Proposta de Contratação ou de Adesão venha a ser recusada dentro do prazo estipulado, a Seguradora enviará uma correspondência comunicando e justificando os motivos da recusa ao Estipulante ou ao seu corretor.

12.4.1. Na hipótese em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos sujeitam-se a atualização monetária pelo Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), a partir da formalização da recusa até a data efetiva da restituição pela Seguradora, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, entre a data de recebimento da Proposta de Contratação com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

12.5. A aceitação do risco implicará na emissão, pela Seguradora, do Certificado Individual, o qual será enviado ao segurado.

Quando a Seguradora enviar os Certificados Individuais ao Estipulante, este passa a ter a obrigação de entregar-los aos Segurados.

12.6. O pagamento da primeira parcela do seguro, assim como o preenchimento e assinatura da Proposta de Adesão pelo proponente caracteriza a ciência, aceitação, concordância e conhecimento prévio, pelo Segurado, da íntegra das Condições Contratuais deste seguro.

13. VIGÊNCIA

13.1. O início e o término de vigência da Apólice serão às 24 (vinte e quatro) horas das datas expressamente acordadas entre as partes e indicadas na Apólice.

13.2. O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data da aceitação da Proposta de Adesão pela Seguradora, quando não houver pagamento de prêmio. No caso de pagamento de prêmio, o início da vigência será às 24 (vinte e quatro) horas da data da recepção da Proposta de Adesão pela Seguradora. O início de vigência da cobertura individual constará do Certificado Individual.

13.3. O término de vigência da cobertura ocorrerá às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim indicada no Certificado Individual.

13.4 Os seguros cujas Propostas de Adesão tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio terão seu início de vigência a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora.

13.5 Os seguros cujas Propostas de Adesão tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio terão seu início de vigência a partir da data de aceitação da Proposta pela Seguradora ou em data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

14. RENOVAÇÃO

14.1. Ao término da vigência, a Apólice poderá ser renovada automaticamente pela Seguradora, por igual período, uma única vez, caso não haja desistência do Estipulante de forma expressa e com antecedência de 60 (sessenta) dias antes do término de vigência. As renovações posteriores devem ser realizadas obrigatoriamente de forma expressa, por solicitação do Estipulante.

14.2 Caso a Seguradora e/ou Estipulante não tenham interesse em renovar a Apólice, estes deverão comunicar os segurados com antecedência mínima de 30 (trinta) dias do fim de vigência da Apólice.

14.3. Na renovação da Apólice, qualquer alteração que implique ônus ou dever para o Segurado ou a redução dos seus direitos dependerá da anuênciam prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

14.3.1. Em casos de contratação de seguros para Eventos de Prazo Curto, com vigência inferior a 12 (doze) meses, as Apólices não poderão ser renovadas em função das características deste tipo de operação.

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

14.5. A renovação da Apólice implicará na emissão, pela Seguradora, do Certificado Individual.

15. CAPITAL SEGURADO

15.1. O capital Segurado contratado para cada cobertura constará da Apólice e do Certificado Individual, será expresso em moeda corrente nacional e é o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto, vigente na data do evento.

16. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

16.1. Os valores do prêmio e do capital segurado poderão ser reajustados anualmente na data de aniversário do contrato, com base no índice do IPCA/IBGE dos últimos 12 (doze) meses. Na falta, extinção ou proibição do uso deste índice, a atualização monetária poderá ter como base o índice oficial que o substituir.

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

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

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

16.3. Na hipótese de extinção do índice de atualização de valores IPCA, a Seguradora adotará o IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado), publicado pela FGV (Fundação Getúlio Vargas). No caso de extinção do índice IGPM, será utilizado o índice previamente submetido à SUSEP e por ela autorizado.

17. PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO

17.1. Este plano de seguro poderá ser contributivo (quando o prêmio é custeado pelo segurado) ou não contributivo (quando o prêmio é custeado integralmente pelo Estipulante), conforme estabelecido nas Condições Contratuais da Apólice.

17.2. Quando o custeio do seguro for compartilhado entre Estipulante e Segurados, a parcela do prêmio de responsabilidade dos Segurados será recolhida pelo Estipulante, mediante desconto em folha de pagamento ou outro meio estabelecido entre Estipulante e Segurados, e repassada à Seguradora nos prazos estabelecidos na Apólice.

17.3. O pagamento do prêmio será feito à vista ou sob a forma mensal, trimestral, semestral ou anual, conforme estabelecido no Contrato ou na Apólice.

17.4. O cálculo do prêmio é o resultado da multiplicação do capital Segurado pela taxa estabelecida na Proposta de Contratação e na Apólice.

17.5. Caso a data estabelecida para o pagamento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o Estipulante poderá efetuar o pagamento no primeiro dia útil após tal data, desde que haja expediente bancário, sem que haja suspensão das coberturas.

17.6. Em caso de atraso no pagamento do prêmio, o valor a ser pago estará sujeito a aplicação de juros de mora de 3% (três por cento) ao mês, calculados em base “pro rata temporis”, desde o primeiro dia subsequente àquele em que a obrigação tornou-se contratualmente exigível, até a data do efetivo pagamento, sem prejuízo de multa no importe de 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez.

17.7. A Seguradora enviará comunicado, por meio de correspondência ao Segurado, até 10 (dez) e dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do Contrato, que será efetuado ainda que o Segurado ou Estipulante, conforme o caso, alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

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

17.8.1 Na hipótese de extinção do índice de atualização de valores IPCA, a Seguradora adotará o IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado), publicado pela FGV (Fundação Getúlio Vargas). No caso de extinção do índice IGPM, será utilizado o índice previamente submetido à SUSEP e por ela autorizado.

17.9 Decorrido o prazo definido no item 17.8, e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente cancelado por falta de pagamento.

17.10. Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela não quita a(s) parcela(s) anterior(es) em aberto.

17.11. O Segurado e o Estipulante obrigam-se a comunicar à Seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a Seguradora da expedição da correspondência de aviso de cancelamento.

17.12. Este seguro foi baseado no regime financeiro de repartição simples, não estando prevista a devolução ou resgate de prêmio ao Segurado ou ao Estipulante.

17.13. No caso de seguro contributário, o não repasse dos prêmios recebidos pelo Estipulante à Seguradora não desobriga com o pagamento em caso de sinistro coberto, e sujeita o Estipulante às cominações legais. Não é permitido que o Estipulante recolha dos segurados, a título de prêmio deste seguro, qualquer valor diferente do fixado pela Seguradora nas Condições Contratuais.

18. RECÁLCULO DO PRÊMIO

18.1 Recálculo:

O prêmio do seguro será recalculado durante o período de renovação ou anualmente em função das alterações ocorridas no grupo Segurado naquele período. A Seguradora se reserva o direito de recalcular e alterar o prêmio mensal antes da data prevista, com prévio aviso ao Estipulante, caso

venha ocorrer alteração significativa no grupo Segurado que possa influenciar a definição da taxa, alterando-a em mais de 10% (dez por cento).

18.1.1. Qualquer alteração que implique ônus ou dever para o Segurado ou a redução dos seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

19.1. O seguro será cancelado nas seguintes situações:

19.1.1. A Apólice poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago, e com anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

19.1.1.1. Neste caso a Seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “pro rata temporis”.

19.1.1.2. O prêmio a ser devolvido será corrigido pelo índice IPCA/IBGE, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se ocorrer por iniciativa do Segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se ocorrer por iniciativa da Seguradora.

19.2. A cobertura de qualquer Certificado Individual termina:

a) No final do prazo de vigência da Apólice coletiva, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;

b) Em caso de cancelamento da Apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais;

c) O Segurado, seus beneficiários ou os representantes de ambos, fraudarem ou tentarem fraudar, agirem com dolo ou simulação na contratação do seguro ou durante a sua vigência, para obter ou majorar os valores devidos pela Seguradora;

d) O Segurado, seus beneficiários ou os representantes de ambos, simularem um sinistro ou ainda agravarem as consequências para obter indenização ou dificultar sua elucidação;

e) O Segurado, seu representante ou seu corretor de seguros intencionalmente fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam ter influenciado a aceitação da Proposta ou o valor do prêmio;

f) Na falta de pagamento do prêmio durante um período maior ou igual a 60 (sessenta) dias após a data do vencimento da (s) parcela (s) mensal (is);

19.3 Além das hipóteses previstas nos itens anteriores, a Cobertura Individual termina:

19.3.1 Para o Segurado titular:

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

19.3.2. Para o Segurado Dependente:

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

19.4 . Este seguro não poderá ser cancelado durante a vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

20. PROCEDIMENTOS EM CASOS DE SINISTRO

20.1. Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado, beneficiário ou seu representante, conforme especificado nas Condições Contratuais, por meio da Central de Atendimento da Seguradora.

20.2. Para agilizar o atendimento e resguardar o cumprimento das obrigações do presente contrato de seguro, o beneficiário ou o próprio segurado deve observar a relação mínima de documentos a serem entregues para a Seguradora em caso de sinistro:

a) Do Segurado:

- RG
- CPF
- Certidão de Nascimento ou Casamento
- Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela Seguradora, o qual deverá ser preenchido pelo Segurado ou seu beneficiário.

b) Do(s) beneficiário(s):

- Pais: RG e CPF e comprovante de residência;
- Cônjuge: Certidão de Casamento, RG, CPF e comprovante de residência;
- Companheira (o): RG, CPF, comprovante de residência e comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS;
- Filhos: Certidão de Nascimento, CPF, RG e comprovante de residência, sendo que:

I - Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei;

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

- c) **Deverá ser entregue ainda a documentação por tipo de ocorrência/evento, constante das Condições Especiais das coberturas contratadas.**

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

21.1. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro são de responsabilidade do Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias do sinistro. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

21.2 Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse seguro serão efetuados no Brasil em moeda nacional, e sob a forma de parcela única.

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

- a) No caso das coberturas de Auxílio Funeral e Auxílio Cesta Básica, a data do óbito.
- b) No caso das coberturas de Morte Acidental, Morte Acidental em Evento de Prazo Curto, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente em Evento Prazo Curto, Despesas Médico-Hospitalares Odontológicas e Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas em Evento Prazo Curto, a data do acidente.
- c) No caso da cobertura de Diária por Internação Hospitalar – Acidente, considera-se como data do evento, a data do acidente.
- d) No caso das coberturas de Diária por Incapacidade Temporária por Acidente, a data do acidente.

e) No caso das coberturas de Diária por Incapacidade Temporária por Doença, Diária por Incapacidade Temporária por Acidente/Doença e Diária por Incapacidade Temporária – Tabela de Eventos: a data do laudo médico diagnosticado em território brasileiro quando decorrente de doença e a data do acidente quando decorrente de acidente.

f) Para as coberturas de Doenças Críticas:

- Diagnóstico de Câncer, Infarto do Miocárdio, Derrame Cerebral, Falência do Rim e Paralisia: a data do 1º laudo médico diagnosticado em território brasileiro;
- Transplante de Órgão Vital: a data do transplante efetivamente realizado.

21.4 O prazo para pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos previstos nestas condições contratuais. No caso de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do 1º dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

21.4.1 Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização será acrescido de multa de 2% (dois por cento) aplicada de uma só vez e juros de mora de 3% (três por cento) ao mês, calculado a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.

21.5 Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos à atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA, a partir da data de ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, somente quando a Seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.

21.5.1 Na hipótese de extinção do índice de atualização de valores IPCA, a Seguradora adotará o IGPM, publicado pela FGV. No caso de extinção do índice IGPM, será utilizado o índice previamente submetido à SUSEP e por ela autorizado.

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

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

21.8 Em caso de ocorrência de Invalidade Permanente Total por Acidente, seguida de morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiária constante do item 27 destas condições gerais.

21.9 As indenizações por Morte e Invalidade Permanente Total não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidade Permanente Total verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida para a cobertura de Morte, deduzida da importância já paga por Invalidade Permanente Total.

21.10 A invalidez permanente deve ser comprovada por meio de declaração médica apresentada à Seguradora.

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

22. JUNTA MÉDICA

22.1. Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da Incapacidade relacionadas ao Segurado, será proposta pela Seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

23. PERÍCIA DA SEGURADORA

23.1. O Segurado, ao propor a adesão do seguro e assinar a Declaração de Saúde autoriza a perícia médica da Seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o Segurado, seu médico e a Seguradora.

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

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

23.4 Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a Seguradora devolverá a documentação ao Segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.

24. PAGAMENTO DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

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

24.2. Na hipótese de extinção do índice de atualização de valores IPCA, a Seguradora adotará o IGPM (Índice Geral de Preços do Mercado), publicado pela FGV (Fundação Getúlio Vargas). No caso de extinção do índice IGPM, será utilizado o índice previamente submetido à SUSEP e por ela autorizado, apurado entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

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

25. PERDA DE DIREITOS

O Segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente Contrato quando:

- a) Deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste Contrato;
- b) Agravar intencionalmente o risco Segurado;
- c) Por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o Segurado, seus propostos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e/ou seu representante legal procurar obter benefícios do presente Contrato;
- d) Fizer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a Seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital Segurado:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
- b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do Seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital Segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível, efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

- a) Deixar de comunicar imediatamente à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

a.1) A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o Contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada.

a.2) O cancelamento do Contrato só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

a.3) Na hipótese de continuidade do Contrato, a Seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível;

b) Deixar de participar o sinistro à Seguradora, tão logo tome conhecimento, e não adotar as providências imediatas para minorar suas consequências;

c) O sinistro decorrer de dolo do Segurado, má fé, fraude e/ou simulação.

26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

26.1 São obrigações do Estipulante:

a) Fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela Seguradora, incluindo dados cadastrais;

b) Manter a Seguradora informada a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;

c) Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

e) Repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

f) Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à Apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

g) Discriminar o nome da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o Segurado;

h) Comunicar de imediato à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

i) Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

- j) Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) Informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

26.2 É expressamente vedado ao Estipulante e ao subestipulante, nos seguros contributários:

- a) Cobrar dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
- b) Rescindir o Contrato sem anuênciam prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo Segurado;
- c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuênciam da Seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
- d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de cobertura direta a estes produtos.

26.3. O não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará o cancelamento das coberturas.

27. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

27.1 Beneficiários em caso de Morte Acidental e todas as coberturas ligadas à Morte Acidental:

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

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

27.1.3. Caso a Seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o capital Segurado ao antigo beneficiário designado.

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

27.2. Em caso de contratação das coberturas suplementares de Inclusão Automática de Cônjugue e Inclusão Automática de Filhos, o beneficiário será sempre o Segurado Titular.

27.3. Na falta de indicação expressa de beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei, conforme estabelecido nos artigos 791, 792 e 793 do Código Civil.

27.4. Na hipótese de morte do(s) beneficiário(s) designado(s) ocorrer antes da morte do Segurado titular (premoriência), a parte a ele(s) determinada será paga aos herdeiros legais do Segurado.

27.5. Na hipótese de morte simultânea (Comoriência) do Segurado Titular e do(s) Segurado(s) dependente(s), os capitais Segurados referentes às coberturas dos Segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

27.6 Para as demais coberturas o beneficiário será sempre o próprio Segurado, podendo a quitação do pagamento da indenização ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do Segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com as demais disposições desta cláusula.

27.7 Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária de um Contrato de Seguro de pessoas se comprovado o legítimo interesse para figurar nessa condição.

28. ALTERAÇÃO DA APÓLICE

28.1. São documentos do presente seguro: a Apólice, a Proposta de Contratação, a Proposta de Adesão, o Certificado Individual e as condições contratuais.

28.2. Qualquer alteração nas Condições Contratuais em vigor deverá ser realizada pelo Estipulante por aditivo à Apólice, e, somente as alterações que impliquem em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos dependerão da anuênciam expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado.

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

28.4. A Seguradora deverá fornecer, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta de Adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

28.5. 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 Contratuais.

29. COMUNICAÇÕES

29.1. As comunicações do Segurado ou Estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da Seguradora ou via Central de Atendimento. As comunicações da Seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na Apólice ou no Certificado Individual.

29.2. As comunicações feitas à Seguradora por um corretor de seguros, em nome do Segurado ou Estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por estes, exceto expressa indicação em contrário da parte do Estipulante ou Segurado.

30. EXCEDENTE TÉCNICO

A presente cláusula estabelece as condições de distribuição, ao Estipulante, dos resultados técnicos positivos da apólice.

CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO

A distribuição dos Resultados da Apólice deve ser realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

Caso o Estipulante venha a solicitar o cancelamento da apólice fora do seu aniversário, perderá o direito à distribuição da Participação dos Resultados da Apólice.

Para a aplicação da Cláusula de Excedente Técnico, será necessário que a apólice seja de Classe A de Seguro, ou seja, relação empregado x empregador e, quando, durante o período, a apólice tiver uma média mensal mínima de 500 componentes principais.

APURAÇÃO DO RESULTADO

A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término de vigência anual da apólice, até a data da distribuição do resultado, com base IPCA-IBGE, destinando-se ao Estipulante o percentual negociado de resultado apurado.

Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado, podendo ainda ser revertido, em benefícios ao grupo segurado.

Para fins de apuração de resultado técnico considera-se como:

a) Receita:

- Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos, já líquidos de IOF;
- Saldo da Reserva de IBNR do período anterior;
- Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- As recuperações de sinistros junto ao Ressegurador;

b) Despesa:

- As comissões de corretagem pagas durante o período;
- As comissões de administração (Pró-Labore) pagas durante o período;
- As comissões de agenciamento durante o período;
- Sinistros Avisados no período;
- Saldos Negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- As despesas efetivas de Administração da Seguradora;
- Saldo da Reserva de IBNR do período;
- Prêmios repassados ao Ressegurador, incluindo Catástrofe;
- Total das alterações dos valores de sinistro já considerados em apurações anteriores;

- Pis/Cofins.

A Reserva de Contingência de IBNR será utilizada para o pagamento de eventuais sinistros ocorridos durante o período de vigência da apólice, mas avisados após o mesmo.

Como Saldo da Reserva de IBNR do Período Anterior entende-se o valor retido a este título, no período anterior ao da atual apuração.

Depois de decorridos 12 (doze) meses do cancelamento da apólice, será devolvido o saldo, correspondente ao percentual negociado de excedente técnico, da Reserva de IBNR (se existir) descontados os eventuais sinistros ocorridos durante a vigência da apólice e avisados após o cancelamento.

CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO

O resultado apurado será distribuído conforme especificado nas Condições Contratuais da Apólice.

31. PRESCRIÇÃO

31.1. Os prazos prescricionais incidentes sobre direitos e obrigações deste contrato de seguro são aqueles determinados em lei.

32. SOLUÇÃO AMIGÁVEL DE CONFLITOS

Para a solução amigável de eventuais conflitos relacionados a este Contrato, o Segurado poderá entrar em contato com a Central Itaú Seguros: 4004-4444 - Capitais e Principais Regiões Metropolitanas ou 0800 727 4444 - Demais localidades. Atendimento 24 horas para Serviços de Assistência e das 6 h às 24 h para demais informações. O Itaú coloca ainda à disposição do Cliente o SAC - Itaú (0800 728 0728) e o Fale Conosco (www.itau.com.br). Se não for solucionado o conflito, o Cliente poderá recorrer à Ouvidoria Corporativa Itaú (0800 570 0011), em dias úteis, das 9 às 18 horas, Caixa Postal 67.600, CEP 03162-971. Central de Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 722 1722.

33. FORO

33.1. Fica eleito o foro do domicílio do segurado do beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato.

33.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.