

OUVIDORIA

A Voz do Cliente na Empresa

A Tokio Marine possui na Ouvidoria uma equipe especializada para avaliar com total imparcialidade a sua demanda e possui um prazo de resposta de até 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da sua manifestação, atuando em conformidade com a regulamentação da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

Você e seu corretor podem acionar a Ouvidoria sempre que discordarem de algum posicionamento fornecido pelos canais habituais da Cia. Entretanto, orientamos que previamente ao acionamento da Ouvidoria o cliente acione o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), por meio do formulário eletrônico Resolva Aqui ou nos telefones abaixo.

Fale com a Ouvidoria nos seguintes canais: www.tokiomarine.com.br através do formulário de Ouvidoria ou; Através do 0800 449 0000, de 2ª a 6ª das 8h às 18h; Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523.

A Ouvidoria da Tokio Marine também está disponível na plataforma Consumidor.Gov (www.consumidor.gov.br). O atendimento por meio deste canal e prazos seguirão conforme os termos de uso do mesmo.

Canais de Atendimento Tokio Marine:

Resolva Aqui - disponível em www.tokiomarine.com.br/atendimento, para registrar sua reclamação.

SAC 0800 703 9000

Central de Atendimento 0300 33 TOKIO (86546)

Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523

Disque Fraude 0800 707 6060

Cordialmente,

Ouvidoria

Tokio Marine Seguradora



SUMÁRIO

1.	OBJETIVO DO SEGURO	3
2.	CONCEITO DAS COBERTURAS	4
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	17
4.	CARÊNCIA	18
5.	FRANQUIA	18
6.	ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS	18
7.	DA VIGÊNCIA DO SEGURO	19
8.	DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS.....	19
9.	DA ACEITAÇÃO DO ESTIPULANTE	19
10.	DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS	21
11.	DA INCLUSÃO DE CONJUGES.....	21
12.	DA INCLUSÃO DE FILHOS	22
13.	BENEFICIÁRIOS.....	23
14.	CAPITAIS SEGURADOS	24
15.	CUSTEIO DO SEGURO.....	25
16.	PRÊMIO	25
17.	ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS.....	28
18.	PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	28
19.	CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO.....	35
20.	CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL.....	36
21.	CANCELAMENTO DO SEGURO.....	36
22.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	37
23.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	37
24.	ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	38
25.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO.....	38
26.	DISPOSIÇÕES GERAIS	38
27.	PRESCRIÇÃO	39
28.	DO FORO	39
29.	CONCEITOS	39

**CONDIÇÕES GERAIS
SEGURO DE VIDA EM GRUPO CAPITAL GLOBAL
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A**

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância, limitado ao valor do Capital Segurado Individual, ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, desde que contratadas pelo Estipulante, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

1.1. As coberturas deste Seguro dividem-se em Básica e Adicional:

1.1.1. Cobertura Básica:

- **Básica – Morte.**

1.1.2. Coberturas Adicionais:

- IEA – Indenização Especial por Morte Acidental;
- IEM – Indenização Extraordinária por Morte;
- IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- DEIA – Despesas Extraordinárias por Invalidez por Acidente;
- IPDF – Invalidez Permanente Total por Doença Funcional;
- IPDL – Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa;
- VIT – Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença;
- VITA – Verba por Incapacidade Temporária por Acidentes;
- VR – Verbas Rescisórias;
- AA – Auxílio Alimentação;
- DCF – Doença Congênita de Filhos;
- DMHO – Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas.

1.2. Esse seguro prevê, ainda, a possibilidade de contratação das seguintes Cláusulas Suplementares:

- IAC – Inclusão Automática de Cônjuge – Básica (Morte);
- IAF – Inclusão Automática de Filhos – Básica (Morte).

1.3. O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Contratação”, quais coberturas e cláusulas pretende contratar, sendo a básica obrigatória e as demais facultativas.

1.4. As coberturas contratadas estarão indicadas na “Proposta de Contratação” e respectivamente, na apólice de seguros.

2. CONCEITO DAS COBERTURAS

2.1. BÁSICA

2.1.1. Básica - Morte

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

2.2. ADICIONAIS

2.2.1. IEA - Indenização Especial por Morte Acidental

Desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura em caso de morte do Segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, sem prejuízo do pagamento do Capital referente à Cobertura Básica, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.1.1 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura, as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

2.2.2. IEM – Indenização Extraordinária por Morte

Desde que contratada, garante o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, seja natural, seja acidental, sem prejuízo do pagamento do Capital Segurado contratado para a cobertura Básica de Morte, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.3. IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de perda ou impotência funcional definitiva, TOTAL, de membros ou órgãos, nas hipóteses e graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 2.2.3.10.)**, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.3.1. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea à essa finalidade. A SEGURADORA reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

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

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

2.2.3.3. Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

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

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

2.2.3.6. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

2.2.3.7. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.

2.2.3.8. Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura, as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

2.2.3.9. As indenizações previstas para as coberturas: Básica - Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de pagar uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela Cobertura Básica - Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

2.2.3.10. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

2.2.3.11 Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental 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 a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Perda Funcional do maxilar inferior	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
	Perda Funcional de um dos úmeros	50
	Perda Funcional 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 indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos 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
	Perda Funcional de um fêmur	50
	Perda Funcional de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Perda Funcional da rótula	20
	Perda Funcional 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 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente ½, 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.		

2.2.4. DEIA – Despesas Extraordinárias por Invalidez por Acidente

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, **ou** prestação de serviços, **ou** reembolso de despesas para adaptação de itens à escolha do Segurado, limitado ao capital segurado contratado, **com o objetivo de promover melhor mobilidade e autonomia após a ocorrência de invalidez permanente caracterizada na vigência do Seguro.** A cobertura será devida em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, nas hipóteses e discriminações estabelecidas na **Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 2.2.3.11.)**, em virtude de lesão física causada por acidente, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, quando da alta médica definitiva, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas destas Condições e do Contrato.**

2.2.4.1. Nas localidades onde não esteja disponível rede credenciada para prestação de serviços, o Segurado poderá optar por indenização ou reembolso de despesas, **limitado ao valor do Capital Segurado.**

2.2.4.2. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A SEGURADORA reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado a tanto se negue.

2.2.4.3. O pagamento da indenização, ou reembolso de despesas, ou prestação de serviços será estabelecido com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

2.2.4.4. A reintegração do Capital Segurado para auxílio invalidez permanente por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

2.2.4.5. Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura, as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

2.2.5. IPDF – Invalidez Permanente Total por Doença Funcional

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua invalidez **permanente** total por doença funcional, **exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e no Contrato.**

2.2.5.1. Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Permanente Total por Doença Funcional aquela que cause a perda da existência independente do Segurado.

2.2.5.2. Para todos os efeitos desta cobertura é considerada perda da existência independente do Segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado na forma definida nas Condições Gerais e/ou Especiais do Seguro.

2.2.5.3. Está coberta 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 prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados 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:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado. Considera-se Paciente Terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 6 (seis) meses da data do diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

2.2.5.4. Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura, ainda que resultando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

- 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 e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismos.

2.2.5.5. 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 Permanente e Total por Doença Funcional.

2.2.5.6. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.

2.2.5.7. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Abaixo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

2.2.5.8. O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

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 no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

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

**DOCUMENTO 1
TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS
CONEXOS**

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	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 SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

2.2.5.9. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

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

**DOCUMENTO 2
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE**

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS	PONTUAÇÃO
A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOUE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

2.2.5.10. Ocorrendo a invalidez total e permanente por doença funcional, poderá o Segurado requerer o pagamento do Capital Segurado contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez funcional total e permanente por doença devidamente coberta, **imediate e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual.** Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data da caracterização da invalidez serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do Capital Segurado.

2.2.5.11. Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez Permanente Total por Doença Funcional, o Seguro continuará em vigor, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais, sem qualquer devolução de prêmios.**

2.2.5.11.1. Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).

2.2.5.11.2. A cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença Funcional não se acumula com a cobertura básica (morte), Indenização Especial por Morte Acidental (IEA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

2.2.6. VR – Verbas Rescisórias.

Desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta Cobertura a título de verbas rescisórias, em caso de morte do Segurado, seja natural ou acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.7. IPDL – Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua invalidez total e permanente por doença **laborativa, exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.7.1. Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.

2.2.7.2. Atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a sua invalidez.

2.2.7.2.1. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

2.2.7.3. Considera-se Paciente Terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 06 (seis) meses da data do diagnóstico.

A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevivência do Segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

2.2.7.3.1. A invalidez por doença laborativa deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso ele a tanto se negue,

2.2.7.3.2. Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, as quais não poderão figurar como Segurado nesta circunstância.

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

2.2.7.3.4. Não podem configurar como Segurados, para a cobertura de invalidez permanente total por doença laborativa, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.

2.2.7.5. Ocorrendo a invalidez total e permanente por doença laborativa, poderá o Segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da Cobertura Básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez total e permanente por doença laborativa devidamente coberta, **imediate e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual.** Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do Capital Segurado.

2.2.7.5.1. Na hipótese do subitem anterior, não ficando comprovada a Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa, o seguro continuará em vigor, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.**

2.2.7.5.2. Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do segurado devidamente coberto, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).

2.2.7.6. A cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa não se acumula com as coberturas básica (morte), Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

2.2.8. VIT – Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ ou Doença

Desde que contratada esta cobertura, no caso de Incapacidade Total, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, **por período superior a 30 (trinta) dias**, por evento, de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, **causada única e exclusivamente por acidente pessoal ou doença devidamente coberta**, a Seguradora efetuará o pagamento de indenização ou serviço de assistência correspondente a produto de Cesta Básica, conforme indicado no contrato, ao próprio segurado, **respeitando o período de franquia contados da data do acidente e/ou doença, exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o período de carência bem como o disposto nestas Condições Gerais e no Contrato.**

2.2.8.1. O valor e a forma de pagamento serão definidos no Contrato, sempre por ano de vigência para um ou mais sinistros ocorridos no mesmo período contratual, não podendo, em hipótese alguma, ser superior ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura.

2.2.8.2 A Franquia desta cobertura será de 30 (trinta) dias, por evento durante o período de vigência.

Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura, os eventos e internações decorrentes de:

- a) **Acidentes ou doenças diagnosticadas em data anterior ao início de vigência da apólice;**
- b) **Lesão por esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares crônicos relacionados ao trabalho (DORT) e fibromialgia;**
- c) **Doenças crônicas diagnosticadas como: artrite reumatoide, osteoartrose, as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, dorsalgias e cervicalgias;**
- d) **Ferimentos auto infligidos, de caráter temporário ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- e) **Lesões ou sequelas decorrentes de tentativa de suicídio ocorridas nos 02 (dois) primeiros anos de cobertura da apólice;**
- f) **Doenças psiquiátricas ou mentais quaisquer que sejam suas causas;**
- g) **Tratamento para dependentes químicos por drogas proibidas ou álcool, desde que a causa seja tão somente esta ou juntamente com outra doença excluída neste contrato de seguro;**
- h) **Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);**
- i) **Quaisquer tratamentos por motivos de senilidade;**
- j) **Tratamento para doenças degenerativas em geral como, Mal de Parkinson e Mal de Alzheimer, não limitadas à estas;**
- k) **Tratamento que vise o combate à para obesidade em suas várias modalidades, exceto se por tratamento cirúrgico;**
- l) **Cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;**
- m) **Gravidez, parto e suas consequências, exceto quando houver complicações decorrentes de acidente;**

- n) **Abortos provocados ou não e suas consequências, exceto quando desencadeado por acidente pessoal;**
- o) **Epidemias e pandemias, declaradas por órgão competente;**
- p) **Atos ilícitos dolosos ou contrários à lei, que acarretem lesões ou sequelas;**
- q) **Acidentes provocados por segurados não habilitados, em veículos ou embarcações motorizadas.**

2.2.9. VITA – Verba por Incapacidade Temporária por Acidente

Desde que contratada esta cobertura, no caso de Incapacidade Total, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, **por período superior a 30 (trinta) dias**, por evento, de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, **causada única e exclusivamente por acidente pessoal devidamente coberto**, a Seguradora efetuará o pagamento de indenização ou serviço de assistência correspondentes a produto de Cesta Básica, conforme indicado no contrato, ao próprio segurado, **respeitando o período de franquia, contados da data do acidente , exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o período de carência bem como o disposto nestas Condições Gerais e no Contrato.**

2.2.9.1. O valor e a forma de pagamento serão definidos no Contrato, sempre por ano de vigência para um ou mais sinistros ocorridos no mesmo período contratual, não podendo, em hipótese alguma, ser superior ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura.

2.2.9.2 A Franquia desta cobertura será de 30 (trinta) dias, por evento durante o período de vigência.

2.2.9.3 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura, os eventos e internações decorrentes de:

- a) **Acidentes ou doenças diagnosticadas em data anterior ao início de vigência da apólice;**
- b) **Lesão por esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares crônicos relacionados ao trabalho (DORT) e fibromialgia;**
- c) **Doenças crônicas diagnosticadas como: artrite reumatoide, osteoartrose, as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, dorsalgias e cervicalgias;**
- d) **Ferimentos auto infligidos, de caráter temporário ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- e) **Lesões ou sequelas decorrentes de tentativa de suicídio ocorridas nos 02 (dois) primeiros anos de cobertura da apólice;**
- f) **Doenças psiquiátricas ou mentais quaisquer que sejam suas causas;**
- g) **Tratamento para dependentes químicos por drogas proibidas ou álcool, desde que a causa seja tão somente esta ou juntamente com outra doença excluída neste contrato de seguro;**
- h) **Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);**
- i) **Quaisquer tratamentos por motivos de senilidade;**
- j) **Tratamento para doenças degenerativas em geral como, Mal de Parkinson e Mal de Alzheimer, não limitadas à estas;**
- k) **Tratamento que vise o combate à para obesidade em suas várias modalidades, exceto se por tratamento cirúrgico;**
- l) **Cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;**
- m) **Gravidez, parto e suas consequências, exceto quando houver complicações decorrentes de acidente;**

- n) **Abortos provocados ou não e suas consequências, exceto quando desencadeado por acidente pessoal;**
- o) **Epidemias e pandemias, declaradas por órgão competente;**
- p) **Atos ilícitos dolosos ou contrários à lei, que acarretem lesões ou sequelas;**
- q) **Acidentes provocados por segurados não habilitados, em veículos ou embarcações motorizadas.**

2.2.10. AA - Auxílio Alimentação

Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura a título de Auxílio Alimentação, em caso de morte do Segurado, seja natural ou acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

OBS: Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.

2.2.11. DCF – Doenças Congênitas de Filhos

Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, em razão do nascimento de filho com vida, portador de doença congênita prevista nestas Condições Gerais, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.11.1 Definições:

Data do Evento - considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico médico da doença congênita coberta nestas Condições Gerais, após o nascimento do filho do segurado com vida.

Doença Congênita - considera-se como doença congênita, para fins desta cobertura, defeitos anatômicos e funcionais diagnosticados quando do nascimento com vida.

Estão cobertas as seguintes doenças congênitas:

- **Malformação do Sistema Nervoso: Central e Periférico;**
- **Malformação do Coração (exceto comunicação intra-arterial isolada) e de grandes vasos;**
- **Malformação da traqueia e dos pulmões;**
- **Malformação dos rins;**
- **Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;**
- **Malformação dos Membros Superiores e Inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;**
- **Malformação dos órgãos sensoriais, tais como visão e audição; com exceção do paladar, olfato e tato;**
- **Anomalias cromossômicas (Síndrome de Down e Síndrome de Turner).**

2.2.11.2 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura as doenças infectocontagiosas transmitidas durante a gestação.

2.2.11.3 O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta garantia, só será efetuado desde que a data de nascimento do filho ocorra no período de vigência desta cobertura.

2.2.12 DMHO– Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas.

Desde que contratada, garante ao próprio segurado, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, o reembolso de 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 da data do acidente, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.12.1 O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários seguros contratados em diferentes seguradoras.

2.2.12.2 Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

2.2.12.3 A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

2.2.12.4 A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, **caso o segurado a tanto se negue**

2.2.12.5 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura, as despesas decorrentes de:

- a) **Estados de convalescença (após alta médica) e as despesas de acompanhantes;**
- b) **Aparelhos que se referem a órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.**

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro para os Segurados principais e dependentes, os eventos ocorridos em consequência:

- a) **do 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) **de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- c) **de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;**
- d) **de doenças preexistentes à contratação do Seguro, não declaradas na Proposta de Contratação e de conhecimento do Proponente Individual e/ou Estipulante;**
- e) **da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s), sócio ou seu Representante legal de um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;**
- f) **suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do contrato de seguro, ou de sua recondução depois de suspensão;**

- g) sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios;
- h) Epidemias, Endemias e Pandemias declaradas por órgão competente;
- i) Envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente uma região ou uma dada população onde o Segurado resida ou esteja de passagem.

4. CARÊNCIA

4.1. As coberturas básicas e adicionais de Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL), Despesas Extraordinárias por Invalidez por Acidente (DEIA), Despesas Extraordinárias por Morte (DEM), Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), Auxílio Alimentação (AA), Verbas Rescisórias (VR) e Doenças Congênitas Filhos (DCF) não estão sujeitas a aplicação de período de carência.

4.2 Haverá carência de 3 (três) meses contados à partir da data de início da vigência individual para a Cobertura de Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (VIT), exclusivamente se decorrente de doença.

4.3. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

4.4. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o Seguro.

4.5. O prazo que um plano de seguro poderá estabelecer como carência será de dois anos e não poderá exceder metade do prazo de vigência.

5. FRANQUIA

5.1. As coberturas de Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (VIT) e Verba por Incapacidade Temporária por Acidente (VITA) estão sujeitas ao período de franquia de 30 (dias) por evento durante o período de vigência.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

6.1 O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, desde que não sejam caracterizados como risco excluído. Este âmbito geográfico se dará às coberturas que seguem relacionadas: Morte (Básica), IEA (Indenização Especial por Morte Acidental), Despesas Extraordinárias por Morte (DEM), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Despesas Extraordinárias por Invalidez por Acidente (DEIA), Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL), Auxílio Alimentação (AA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO).

6.2 Para as coberturas de Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (VIT), Verba por Incapacidade Temporária por Acidente (VITA), Verbas Rescisórias (VR) e Doenças Congênitas de Filhos (DCF), o âmbito geográfico do presente seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

6.3 As indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

7. DA VIGÊNCIA DO SEGURO

7.1. O seguro vigorará pelo prazo estabelecido no contrato, podendo ser renovado automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a SEGURADORA manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

7.2. A renovação automática prevista no subitem anterior só poderá ocorrer uma única vez, sendo que para as renovações posteriores deverá haver manifestação expressa do Estipulante e da Seguradora.

7.3. Início de Vigência

O início de vigência do Seguro referente ao respectivo Estipulante, será a partir das 24 horas da data da recepção da Proposta de Contratação pela Seguradora, ou, a partir da data de início determinada pelo Estipulante, respeitando-se ainda as condições de aceitação previstas no item 8, em ambas as situações.

7.3.1. A cobertura do Seguro está condicionada ao recebimento do prêmio pela Seguradora e aceitação da Proposta de Contratação.

8. DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

O início de vigência individual dar-se-á às 24 (vinte e quatro) horas da data definida na Proposta de Contratação, sendo a cobertura condicionada ao pagamento e recebimento da parcela do prêmio efetuado pelo Estipulante.

8.1. Para as novas admissões de segurados após o início de vigência do seguro, o início de vigência individual se dará a partir da data da respectiva admissão do funcionário e/ou inclusão do sócio no contrato social, desde que devidamente elegíveis conforme os critérios das condições de aceitação do seguro.

8.1.1. Caso não haja pagamento de prêmio quando do protocolo da Proposta de Contratação, o início de vigência é o dia de aceitação da Proposta ou outro se solicitado pelo Proponente. Em havendo pagamento parcial ou total do prêmio, considera-se o início de vigência a partir da data de recepção da Proposta pela Seguradora.

8.2. Os Seguros individuais vigorarão enquanto vigorar o Seguro, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do contrato individual previsto nestas Condições Gerais.

8.3. No caso de não renovação do Seguro, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final de vigência da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.

8.4. 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.

9. DA ACEITAÇÃO DO ESTIPULANTE

9.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

9.2. A contratação/alteração do Contrato de Seguro somente poderá ser feita mediante Proposta assinada pelo Proponente, seu Representante ou por Corretor de Seguro habilitado.

9.3. O Grupo Segurado deverá ser composto de no mínimo 2 (dois) Segurados para a aceitação e manutenção do Seguro, podendo ser distribuído entre um sócio e um funcionário. **É vedada a contratação somente para dois sócios, sem que haja no mínimo 01 funcionário.**

9.4. A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitar ou recusar a inclusão/alteração do Estipulante na apólice. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.

9.4.1. Para análise da Proposta de Contratação, a Seguradora poderá exigir, **por uma única vez**, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

9.4.2. Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no subitem 8.5.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 8.5 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

9.5. A não aceitação da Proposta de Contratação, por parte da Seguradora, bem como a justificativa da recusa, será comunicada por escrito ao Estipulante e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos**, contados da data da formalização da recusa, deduzido do valor “pro rata temporis” a parcela correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizados da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, **pelo índice estabelecido no subitem 16 destas Condições Gerais**, conforme legislação vigente.

9.5.1. Nos contratos de Seguro cuja Proposta de Contratação tenha sido recepcionada com adiantamento de prêmio, o Estipulante terá cobertura entre a data do recebimento da Proposta até a data da formalização da recusa.

9.6. O Estipulante está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

9.6.1. 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 Seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

9.6.2 Havendo a contratação para um grupo composto de 01 funcionário e 01 sócio, e no decorrer da vigência da apólice ocorrer o desligamento deste único funcionário sem a possibilidade de substituição da vaga, a apólice deverá ser cancelada. **É vetada a manutenção de apólice ativa somente para o sócio, sem que haja no mínimo 01 funcionário.**

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

9.6.3. O cancelamento do Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer, **caso o prêmio tenha sido fracionado.**

10. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

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

10.1. Estarão incluídos no presente Seguro, todos os funcionários do Estipulante devidamente registrados e cadastrados no sistema E-Social, e respectivos Sócios e/ou Diretores constantes do Contrato Social, desde que haja a indicação na Proposta de Contratação, e que estejam em perfeitas condições de saúde, em plena atividade profissional e com idade mínima de 14 (quatorze) anos e máxima de 70 (setenta) anos, na data de início de vigência do Estipulante, ou na data do início de vigência individual.

10.1.1. A partir dos 14 anos, os sócios constantes do contrato social, estarão automaticamente incluídos no Seguro e farão parte do rateio para efeito da apuração do Capital Segurado em caso de sinistro, observadas as demais condições de aceitação previstas nestas Condições Gerais.

10.2. Não poderão participar do Seguro bem como não serão considerados como componentes do Grupo Segurado para efeito da apuração do Capital Segurado em caso de sinistro, mesmo que cadastrados no E-Social ou do Contrato Social, os funcionários, Sócios e/ou Diretores que se enquadrarem nas seguintes situações:

- a) Os afastados na data do início da vigência do Estipulante, que passarão a ter cobertura somente após o retorno a sua respectiva atividade laborativa;
- b) Os funcionários com idade superior a 70 (setenta) anos na data de início de vigência do Estipulante, ou na data do início de vigência individual;
- c) Os funcionários aposentados por Órgão de Previdência Oficial na data do início de vigência do Estipulante, ou que vierem a se aposentar no decorrer da vigência do seguro, observado o item 10.2.1;
- d) Os sócios com idade inferior a 14 anos.

10.2.1. Os funcionários que vierem a se aposentar por invalidez no decorrer da vigência em caráter temporário, serão mantidos no Seguro, desde que não tenham rescindido o contrato de trabalho ou conste do Contrato Social.

10.3. A proibição a que se refere às alíneas “a” e “b” do subitem 10.2 não se aplica aos empregados que tenham sido incluídos de acordo com as disposições estabelecidas para esse Seguro, cujo afastamento ou excesso de idade veio a ocorrer durante a vigência da apólice, ou de sua renovação junto à Tokio Marine Seguradora, sem descontinuidade de cobertura.

10.4. Cabe ao Estipulante a obrigação de verificar o preenchimento dos requisitos previstos nestas Condições Gerais acerca dos funcionários e sócios que são elegíveis ao seguro tanto na contratação do seguro, quanto na admissão de novos funcionários e sócios durante a vigência do seguro em pleno acordo com a condição de aceitação isentando, expressamente, a Seguradora do pagamento de qualquer indenização a Segurados incluídos indevidamente por não preencherem os referidos requisitos.

11. DA INCLUSÃO DE CONJUGES

Desde que contratada a cláusula suplementar de cônjuge, este Seguro prevê e regula a inclusão, automática dos cônjuges dos Segurados Principais que estejam em perfeitas condições de saúde, na qualidade de Segurados Dependentes.

11.1. Somente serão elegíveis ao seguro os cônjuges dos Segurados Principais aceitos e incluídos no contrato em conformidade com os critérios das condições de aceitação.

11.2. Contratada a inclusão de cônjuge e pago o prêmio adicional, a morte deste, desde que coberta, garante ao Segurado Principal o pagamento de uma indenização no valor do Capital Segurado individual contratado para esta cláusula suplementar, observados os riscos excluídos, as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.

11.2.1. O Capital Segurado do cônjuge será de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal.

11.3. Equiparam-se aos cônjuges a(o) companheira(o) do Segurado Principal, desde que comprovada, documentalmente, a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

11.4. Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge, nos casos em que se exigir Declaração Pessoal de Saúde.

11.5. Desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, estarão canceladas, automaticamente, as coberturas contratadas para o Segurado Dependente incluído na condição de cônjuge, independentemente desse fato ter sido, ou não, comunicado pelo Segurado Principal à SEGURADORA e ter havido pagamento de prêmio.

11.6. Não poderá ser incluído no seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o cônjuge que participe na apólice na qualidade de Segurado Principal no mesmo seguro.

11.7 Não será admitido no seguro, o cônjuge do funcionário/sócio que não for aceito no seguro, observados os critérios das condições de aceitação indicados no item 9.

12. DA INCLUSÃO DE FILHOS

Desde que contratada a cláusula suplementar de cônjuge, este seguro prevê e regula a inclusão automática dos filhos do Segurado Principal.

12.1. São considerados filhos do Segurado Principal, para fins deste seguro, os seguintes dependentes econômicos do Segurado Principal:

I - o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

II - filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24 anos;

III - o menor pobre, de até 21 (vinte e um) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;

IV - o irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

V - irmão(ã), neto (a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 anos até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até 21 anos;

VI - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

12.2. Contratada a inclusão automática de filhos, a morte deste, desde que coberta, garante ao Segurado Principal o pagamento de uma indenização no valor do Capital Segurado individual contratado para esta cláusula suplementar, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

12.2.1. O Capital Segurado dos filhos será de até 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal.

12.3. Na hipótese de falecimento de menor de 14 (quatorze) anos, a indenização será destinada, exclusivamente, ao reembolso das despesas com funeral, devidamente comprovadas, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do Capital Segurado para esta Cobertura. Entre as despesas cobertas incluem-se as havidas com traslado, excluindo-se as decorrentes de aquisição de terrenos, jazigos e carneiros.

12.4. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais, os filhos serão incluídos uma única vez, considerando-se dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta Cobertura.

12.5. Não poderá ser incluído no seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o filho do Segurado Principal que já ostente a qualidade de Segurado Principal no mesmo Seguro.

12.6. Não será admitido no seguro, o(s) filhos do funcionário/sócio que não for aceito no Seguro, observados os critérios das condições de aceitação indicados no item 9.

13. BENEFICIÁRIOS

13.1. Indicação

O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

13.2. Alteração de Beneficiários

O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

13.2.1. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

13.3. Na falta de indicação expressa de beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

13.4. No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (VIT), Verba por Incapacidade Temporária por Acidente (VITA), Doenças Congênitas Filhos (DCF), previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

13.5. Beneficiários dos Segurados Dependentes

13.5.1. Em caso de morte devidamente coberta do Segurado Dependente, quando tiver sido contratada a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos, o Beneficiário será o Segurado Principal.

13.5.1.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais do Segurado Dependente.

13.6. Estipulante Beneficiário

13.6.1. Para a cobertura de Verbas Rescisórias (VR) o beneficiário será sempre o Estipulante.

13.6.1.1. O Estipulante a qualquer tempo e desde que o faça por escrito a Seguradora anteriormente ao pagamento da indenização poderá abrir mão da indenização a favor do beneficiário(s) “herdeiros legais” ou designados pelo Segurado.

14. CAPITAIS SEGURADOS

O Capital Segurado será global, sendo a indenização calculada de acordo com o valor resultante da divisão Capital Global pelo Grupo Segurado, o qual compreende todos os Funcionários registrados e cadastrados no E-Social e, de acordo com as especificações da Apólice, todos os Sócios/Diretores que constarem no Contrato Social da respectiva empresa Estipulante, desde que determinado na Proposta de Contratação.

14.1 Para fins de indenização, os valores de Capitais Segurados serão pagos de acordo com cada cobertura vigente na data do evento, **observadas as condições de aceitação e inclusão de segurados previstas no item 10, sendo o rateio do Capital Global calculado com base no Grupo Segurado vigente no mês do evento, de acordo com a regra estabelecida na Proposta de Contratação:**

14.1.1 - Regra 1:

Sócios/Diretores e Funcionários participam em grupos separados, conforme o respectivo Capital Global indicado na Proposta de Contratação e especificado na Apólice. Nessa modalidade a contratação de Sócios/Diretores é facultativa.

- **Sócios/Diretores**

O Capital Segurado Individual será calculado através do rateio do Capital Segurado Contratado pelo Estipulante para o grupo de Sócios/Diretores, pela quantidade de Sócios/Diretores que constarem do Contrato Social da respectiva empresa Estipulante, de acordo com a versão do produto contratado, das condições expressas na proposta e demais cláusulas da Apólice e das Condições Gerais.

- **Funcionários**

O Capital Segurado Individual será calculado através do rateio do Capital Segurado Contratado pelo Estipulante para o grupo de Funcionários, devidamente cadastrados no E-Social, de acordo com a versão do produto contratado, das condições expressas na proposta e demais cláusulas da Apólice e das Condições Gerais.

14.1.2 - Regra 2:

Sócios/Diretores e Funcionários participam no mesmo grupo, sendo o Capital Global da Apólice rateado entre Sócios/Diretores e Funcionários que participam sob o mesmo Capital Global, desde que este critério esteja previsto na Proposta de Contratação.

14.2. Se a quantidade de funcionários se alterar durante a vigência do Seguro, seja pela ocorrência de sinistro ou pela movimentação de funcionários, o Capital Segurado será automaticamente ajustado rateando-se o Capital Segurado Contratado de forma proporcional ao novo número de funcionários, **respeitando-se o limite máximo contratado conforme especificado na Apólice.**

14.2.1. Para efeito de rateio e determinação do capital segurado para pagamento do sinistro, **deverão ser contabilizados todos os segurados aceitos no seguro, em conformidade com o item 10 inclusive os funcionários afastados durante a vigência, já inclusos no seguro.**

14.2.1.1 Participam do rateio para determinação do capital segurado, os funcionários admitidos e demitidos no mês da ocorrência do sinistro. .

14.3. Caso o Estipulante deseje restabelecer os valores de Capital Segurado Individual conforme os valores inicialmente contratados, deverá solicitar a emissão de endosso de alteração através de seu Corretor de Seguros.

14.4. Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores calculados com base nas coberturas vigentes na data do evento, e o Capital Segurado individual calculado com base no Grupo Segurado vigente no mês do evento

14.5. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:

- a) Na Cobertura Básica (Morte), Despesas Extraordinárias por Morte (DEM), Auxílio Alimentação (AA) e Verbas Rescisórias (VR), a data do falecimento;
- b) Nas Coberturas de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL), Despesas Extraordinárias por Invalidez por Acidente (DEIA) e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), a data do acidente;
- c) Na Cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), a data será a indicada da Declaração Médica, sendo consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda estabelecida através da verificação de evidência documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo;
- d) na Cobertura de Verba por Incapacidade Temporário por Acidente e/ou Doença, a data do afastamento;
- e) na Cobertura de Verba por Incapacidade Temporária por Acidente, a data do afastamento;
- f) Na Cobertura de Doenças Congênitas de Filhos, a data do diagnóstico médico da Doença Congênita coberta, após o nascimento do filho do Segurado com vida.

15. CUSTEIO DO SEGURO

O Custeio do Seguro será **Não-Contributário**, ou seja, o prêmio será pago exclusivamente através de recursos do Estipulante, sem a participação do Segurado.

16. PRÊMIO

16.1 A forma de pagamento do Prêmio poderá ser anual, mensal ou parcelado de acordo com a opção escolhida pelo Estipulante.

16.1.1. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do prêmio correspondente ao período de cobertura houver sido feito, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o Seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

16.1.2. Fica vedada a cobrança ao Segurado taxa de inscrição ou de intermediação.

16.1.3. Se o Estipulante não tiver recebido um novo documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá entrar em contato com a Seguradora / Corretor e solicitar a emissão da 2ª via do boleto bancário.

16.1.4. Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.

16.2. Para os seguros contratados sob a forma de pagamento parcelada por meio de fracionamento do prêmio o critério adotado será o seguinte:

16.2.1. Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.

16.2.2. Será garantido ao Estipulante, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.

16.2.3. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada a fração correspondente através do cálculo *pro-rata temporis*.

16.2.4. A Seguradora irá informar ao Estipulante, por meio de comunicação escrita o novo prazo de vigência ajustado.

16.2.5. Restabelecido o pagamento de prêmio das parcelas ajustadas, acrescido de multa e juros de mora conforme critério previsto na proposta de contratação e condições contratuais da apólice, dentro do novo prazo de vigência ajustado, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da Apólice.

16.2.6. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referida no item 15.6.3 sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, a Seguradora operará de pleno direito o cancelamento do Contrato de Seguro.

16.2.7. No caso de fracionamento em que a aplicação do cálculo *pro-rata temporis* não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a Seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender sua vigência, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo período de suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.

16.3. No caso de resilição total ou parcial do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de qualquer uma das partes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

16.3.1. Quando adotado fracionamento de prêmio e na hipótese de resilição a pedido do Segurado, a sociedade Seguradora reterá o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto, além dos emolumentos.

16.4. Atraso no Pagamento de Prêmio:

Decorridos os prazos para quitação do respectivo prêmio, o contrato de seguro será cancelado automaticamente, observadas as condições a seguir:

16.4.1 A falta do pagamento da primeira parcela da apólice ou da parcela única até a data limite para pagamento implicará no cancelamento do seguro desde o início de vigência, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.

16.4.2 A falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da(s) parcela(s) do prêmio devido acrescido de multa e juros de mora ao dia conforme permitido em lei de acordo com o subitem 16.4.2.2. Esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, permanecendo o direito dos Segurados ou seus beneficiários ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de tolerância, mediante o pagamento do prêmio correspondente até a data limite, antes do cancelamento do seguro por falta de pagamento.

16.4.2.1 O prazo para o pagamento dessa parcela do prêmio em atraso será de até 45 dias úteis, contados a partir da data do vencimento da parcela pendente, independentemente do pagamento de parcelas subsequentes.

16.4.2.2 O pagamento dos prêmios devidos nessas circunstâncias, será acrescido de multa de 2% e juros de mora de 0,116667% ao dia.

16.4.2.3 A parcela do prêmio não paga até os 45 (quarenta e cinco) dias úteis do seu vencimento, poderão ser cobradas judicialmente pela Seguradora e a apólice será cancelada, não havendo possibilidade de reabilitação.

16.4.2.3.1 Nenhuma indenização de sinistro será devida até que seja quitada a parcela vencida dentro do prazo de tolerância estabelecido para pagamento.

16.4.2.4 Nos casos da cobrança do prêmio por meio cartão de crédito, será responsabilidade do segurado manter os dados atualizados para lançamento da parcela para que não ocorra prejuízos à cobertura do seguro em caso de cancelamento ou validade expirada do cartão.

16.5. Cancelamento por falta de pagamento:

16.5.1 Para os seguros contratados sob a forma de pagamento mensal, o Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios do Seguro será notificado sobre a parcela em atraso e cientificado de que o não pagamento da parcela em até 45 (quarenta e cinco) dias acarretará o cancelamento automático da apólice, independentemente do pagamento de parcelas subsequentes.

16.5.1.1 Nestes casos, o período de cobertura do seguro será calculado com base no prêmio efetivamente recebido pela Seguradora, observado o critério do cálculo pró-rata temporis.

16.5.2. Para os Seguros contratados sob a forma de pagamento parcelado, o Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado acerca do cancelamento e ajuste no período da cobertura em função do prêmio recebido pela Seguradora, observado o critério adotado para parcelamento de prêmio previsto no item XX.

16.5.2.1. Nesses casos não haverá reabilitação de cobertura.

17. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

Para os Seguros com vigência superior a um ano, o valor do Capital Segurado e dos prêmios serão corrigidos anualmente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice INPC/IBGE, com base na última publicação oficial, verificada nos dois meses anteriores aniversário do Seguro.

17.1. O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

18. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS

Ocorrendo o Sinistro, desde que o seguro não esteja cancelado, a cobertura suspensa ou o evento previsto como Risco Excluído, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA por qualquer meio disponível, podendo ser central de atendimento 0300 33 86546, ou portal de autoatendimento através do site www.tokiomarine.com.br.

18.1. Em seguida, deverá ser encaminhada **documentação relacionada adiante**, junto com o formulário Aviso de Sinistro, totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante, Beneficiários e pelo médico assistente. Estes documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

18.2. Os valores devidos em razão de sinistros cobertos serão pagos no prazo máximo de 30 (trinta dias), contados da apresentação de todos os documentos necessários à liquidação, constantes no subitem 17.4 e respectivos subitens destas Condições.

18.2.1. Em caso de dúvida fundada e justificável a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles estabelecidos nesta cláusula, inclusive informações ou esclarecimentos complementares. Neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no subitem 18.2 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.

18.2.2. Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 18.2 e 18.2.1, a Seguradora pagará multa de 2% e juros de mora de 3,5% ao mês, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado, além da atualização monetária pela variação positiva do índice **IPCA-IBGE** – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice, INPC/IBGE, apurada entre o último índice publicado antes da data do evento do sinistro e aquele publicado imediatamente anterior a data de sua efetiva liquidação.

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

18.3. Nos casos de cobertura internacional em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora os eventuais encargos de tradução necessários para liquidação do sinistro.

18.3.1. 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.

18.4. Documentos para Regulação dos Sinistros

18.4.1. Para todas as Coberturas:

- a) Aviso de sinistro totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante e Beneficiários;
- b) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o 1º titular da conta
- c) Ficha de Registro do Empregado (F.R.E.);
- d) Declaração do Estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- e) Declaração do Estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de início do afastamento pelo INSS e o CID 10 de afastamento.

18.4.2. Para a Cobertura de Morte – Básica:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo do grupo segurado com o Estipulante (03 últimas GFIP ou relatório do E-Social que demonstre os funcionários registrados) e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento);
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês que ocorreu o evento do Segurado e do Beneficiário;
- d) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o óbito, se houver.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de convivência;
- c) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

Obs: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.

Em caso de Morte Acidental, além dos documentos referidos nos subitens 17.4.1 e 17.4.2, são necessários os seguintes documentos:

I) Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
b) Laudo de Exame Cadavérico (IML);
c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
d) Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
e) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
f) Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

18.4.3 Para as Coberturas de Indenização Extraordinária por Morte

I) Cópia Simples

- e) Comprovante do vínculo do grupo segurado com o Estipulante (03 últimas GFIP ou relatório do E-Social que demonstre os funcionários registrados) e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento);
f) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento
g) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado em que o ocorreu o evento;
h) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o óbito, se houver.

II) Cópia Autenticada

- d) Certidão de Óbito;
e) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;
f) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

III) Documento Original

- g) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

18.4.4 Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo do grupo segurado com o Estipulante (03 últimas GFIP ou relatório do E-Social que demonstre os funcionários registrados) e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento);

- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- e) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

18.4.5 Para a Cobertura de Indenização Extraordinária por Invalidez por Acidente:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo do grupo segurado com o Estipulante (03 últimas GFIP ou relatório do E-Social que demonstre os funcionários registrados) e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento);
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- e) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

18.4.6 Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença Funcional:

I) Cópia Simples

- II) Comprovante do vínculo do grupo segurado com o Estipulante (03 últimas GFIP ou relatório do E-Social que demonstre os funcionários registrados) e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento);
 - a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
 - b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
 - c) Exames laboratoriais de diagnóstico da doença.

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença e o grau de invalidez, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem como a **data da caracterização da invalidez**.

18.4.7 Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante (03 últimas relações de funcionários cadastrados no E-Social/Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial, em que fique comprovada a composição societária na data do evento);
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado.

II) Documento Original

- a) Relatório médico totalmente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença e o grau de invalidez, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem como a **data da caracterização da Invalidez**;
- b) Documentos comprovadores da renda do Segurado, quando este estiver mais de uma fonte de renda.

18.4.8 Para a Cobertura de Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo do grupo segurado com o Estipulante (03 últimas GFIP ou relatório do E-Social que demonstre os funcionários registrados) e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento);
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Exames médicos comprobatórios da lesão / doença.

II) Cópia Autenticada

- a) Funcionário: Carteira Profissional com as páginas iniciais, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exames médicos expedida pelo INSS, quando for o caso;
- b) Sócios Proprietários: Contrato Social atualizado.

III) Documento Original

- a) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período do afastamento.

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

I) Cópia Simples

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

Importante: Quando os documentos e relatos apresentados gerarem dúvida fundada e justificável para definir a data do evento, solicitaremos ao Segurado uma declaração detalhada do acidente. Referida declaração deverá ser assinada por 02 (duas) testemunhas isentas. Não se aceitará como testemunhas pessoas do mesmo local de trabalho do Segurado/Família.

18.4.9 Para a Cobertura Adicional de Verba Rescisória:

Serão necessários os documentos elencados na cobertura Morte – Básica ou Morte Acidental mais:

I) Cópia Autenticada

- a) Comprovante de rescisão trabalhista devidamente homologada.

18.4.10 Para a Cobertura de Auxílio Alimentação:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo do grupo segurado com o Estipulante (03 últimas GFIP ou relatório do E-Social que demonstre os funcionários registrados) e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento);
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do Beneficiário.

II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada, ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

18.4.11 Para a Cobertura Adicional de Doenças Congênitas de Filhos:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo do grupo segurado com o Estipulante (03 últimas GFIP ou relatório do E-Social que demonstre os funcionários registrados) e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento); Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do Filho.

II) Documento Original

- a) Declaração do médico assistente, atestando a doença congênita, indicando a data de seu início, causas, circunstância e evidências, acompanhada de exames laboratoriais e especializados, e laudos periciais que a comprovem.

18.4.11.1. O Segurado Principal compromete-se a submeter o filho à perícia médica, se requerida pela Seguradora.

18.4.11.2. A solicitação de documentos ou outras providências tomadas pela Seguradora não caracterizam, por si só, obrigatoriedade de pagamento da indenização.

18.4.11.3. As despesas efetuadas com a comprovação da Doença Congênita de Filho correrão por conta do Segurado Principal, excluídas as realizadas pela Seguradora, a quem serão facultadas todas as medidas.

18.4.12. Para a Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo do grupo segurado com o Estipulante (03 últimas GFIP ou relatório do E-Social que demonstre os funcionários registrados) e Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária na data do evento);
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- e) Pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados.

II) Cópia Autenticada

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial (B.O.), Comunicação de Acidente de Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- b) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

III) Documento Original

- a) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, em que deve contar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas juntamente com os pedidos médicos dos procedimentos realizados;
- b) Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal original o procedimento realizado conforme tabela da A.M.B.;
- c) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o tratamento realizado.

18.5. Junta Médica

No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

18.5.1. A Junta Médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.

18.5.1.2. 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.

18.5.2. Perícia da Seguradora

18.5.2.1. A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência da hospitalização nos termos destas Condições Gerais.

18.5.2.2. O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.

18.5.2.3. Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

19. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

Sócios/Diretores: A Indenização será calculada de acordo com o valor resultante da divisão do Capital Segurado total contratado pelo Estipulante para o grupo de Sócios/Diretores, pela quantidade de Sócios/Diretores incluídos no Seguro e constantes do Contrato Social, relativos ao mês da ocorrência do sinistro.

Funcionários: A Indenização será calculada de acordo com o valor resultante da divisão do Capital Segurado total contratado pelo Estipulante para o grupo de Funcionários, pela quantidade de funcionários incluídos no Seguro e cadastrados no E-Social, relativos ao mês da ocorrência do sinistro.

20. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

20.1. Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do seguro individual:

- a) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;**
- b) com a morte do Segurado Principal;**
- c) com o recebimento do Capital Segurado relativo à cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF);**
- d) por solicitação do Segurado Principal, mediante comunicação por escrito;**
- e) automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do Contrato;**
- f) pela inobservância das obrigações convencionadas no Seguro, por parte do Segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do prêmio;**
- g) com cancelamento ou final de vigência, sem renovação, do Seguro individual ou ainda da Apólice;**
- h) automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou Estipulante, seu Representante, ou seu Corretor de Seguros no ato da contratação e/ou durante a vigência do Contrato.**

20.2. Além das hipóteses já elencadas, o Segurado Dependente também perderá esta qualidade:

- a) se for cancelada a respectiva cláusula suplementar de inclusão de Cônjuge e/ou Filhos;**
- b) se cessar a condição de dependente o Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora;**
- c) com a inclusão do dependente no Seguro na condição de Segurado Principal.**

21. CANCELAMENTO DO SEGURO

O seguro será cancelado:

21.1. por acordo entre o Estipulante e a Seguradora, mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, se resultar ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, respeitando a solicitação expressa com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

21.2. pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais, inclusive no tocante ao pagamento de prêmios, nos termos do item 15;

21.3. se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Estipulante, no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;

21.4. quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé que devem existir por ocasião da contratação e durante a vigência do contrato.

22. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

22.1. A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos, dependentes ou beneficiários:

- a) **inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste Seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do Sinistro, quando estas ocorrem pela má-fé da(s) parte(s);**
- b) **inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;**
- c) **fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências;**
- d) **dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;**
- e) **inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do Seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do Contrato;**
- f) **não fornecimento da documentação solicitada para regulação do Sinistro.**

22.2. Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmios, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

22.2.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea a) do subitem 21.1 não resultar de má-fé do segurado, a sociedade 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.

23. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

23.1. Constituem obrigações do estipulante:

- I - **fornecer à TOKIO MARINE todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;**
- II - **manter a TOKIO MARINE informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;**
- III - **fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;**

- IV - repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- V - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;
- VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da TOKIO MARINE responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
- VII - comunicar, de imediato, à TOKIO MARINE, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- VIII - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- IX - comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado; e
- X - fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido.

23.2 É expressamente vedado ao estipulante e ao sub-estipulante:

- I - cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela TOKIO MARINE; e
- II - efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da TOKIO MARINE 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.

24. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

24.1. O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

24.2. Para manter o equilíbrio técnico do seguro e sempre que possível, as taxas serão reavaliadas anualmente tendo como base a experiência da Seguradora.

24.2.1. A alteração nas Condições Contratuais em vigor deve ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou do seu representante.

24.3. Qualquer modificação da apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados ou redução dos seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

24.4. A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante.

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

A propaganda e a promoção do seguro, por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da SEGURADORA, respeitadas as condições contratuais e as normas do seguro.

26. DISPOSIÇÕES GERAIS

26.1. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

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

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

27. PRESCRIÇÃO

Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento na presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pelo Código Civil Brasileiro.

28. DO FORO

O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

29. CONCEITOS

29.1. Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, exclusiva 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, a sua incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando que:

Incluem-se, nesse conceito:

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

29.1.1. Excluem-se deste conceito:

- 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;
- as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- 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: Lesões 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,

– as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou semelhantes, como “invalidade acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no subitem 28.1, acima.

29.2. Apólice de Seguro

É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente.

29.3. Beneficiários

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

29.4. Capital Segurado

Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

29.5. 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 recebimento dos capitais segurados contratados.

29.6. Carregamento

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

29.7. Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

29.8. Condições Gerais

É o instrumento jurídico que disciplina os direitos e obrigações das partes contratantes, bem como as características gerais do seguro, sendo obrigatoriamente parte integrante da Proposta de Contratação e da Apólice.

29.9. Contrato Coletivo

É o instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a sociedade Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

29.10. Corretor de Seguros

É o intermediário, indicado pelo Estipulante, legalmente autorizado a angariar e promover contratos de seguros. O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

29.11 Documentos contratuais

É a apólice e os endossos do seguro.

29.12. Doenças, lesões e acidentes Preexistentes

São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo segurado, antes da contratação do seguro e que seja de seu conhecimento.

29.13. Estipulante

É a pessoa que contrata este seguro em proveito dos segurados, ficando investida dos poderes de representação destes perante a SEGURADORA, nos limites da legislação pertinente e das disposições contratuais.

29.14 Endosso

Documento, emitido pela sociedade seguradora, por meio do qual são formalizadas alterações do seguro contratado, de comum acordo entre as partes envolvidas.

29.15. Evento Coberto

É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

29.16. Franquia

É o período contínuo de tempo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura do Seguro.

29.17. Grupo Segurado

É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

29.18. Grupo Segurável

É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no seguro, desde que preencham os demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais.

29.19. Indenização

É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

29.20. Início de vigência

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade Seguradora.

29.21. Prêmio

Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

29.22. Proposta de Contratação

Documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro.

29.23. Regime Financeiro de Repartição Simples

É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

29.24. Segurados

Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro podendo ser subdivididos em:

29.24.1. Segurados Principais

São os que mantêm vínculo com o Estipulante, regularmente incluídos e aceitos no seguro.

29.24.2. Segurados Dependentes

São o cônjuge ou a(o) companheira(o) e os filhos do Segurado Principal regularmente incluídos no seguro.

29.24.2.1. São considerados filhos do Segurado Principal, **para fins deste seguro**, os seguintes dependentes econômicos:

I - o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

II - filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24 anos;

III - o menor pobre, de até 21 (vinte e um) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;

IV - o irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;

V - irmão(ã), neto (a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 anos até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até 21 anos;

VI - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

29.25. Seguradora

É a sociedade seguradora devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo prêmio garante os riscos previstos no contrato.

29.26. Sinistro

Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

29.27 Vigência

Intervalo contínuo de tempo durante o qual está em vigor o contrato de seguro, podendo ser fixada em anos, meses, dias, horas, minutos, jornada, viagem ou trecho, ou outros critérios, conforme estabelecido no plano de seguro.