

APRESENTAÇÃO

- Apresentamos as Condições Gerais de seu **Seguro De Vida Em Grupo**, que estabelecem as formas de funcionamento das coberturas contratadas.
- Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, discriminadas e contratadas, desprezando-se quaisquer outras.
- Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- Mediante a contratação deste seguro, o segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.
- O Segurado, ao assinar a proposta de seguro, declara o recebimento das presentes Condições Gerais.
- Leia-as cuidadosamente, principalmente os textos em destaques contidos nas Condições Gerais, para que você possa, assim, usufruir com segurança os benefícios deste seguro.
- As coberturas contratadas pelo segurado estarão especificadas na apólice/demonstrativo de coberturas.

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco.
- O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.
- O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

Condições Gerais – Versão de Maio de 2025.

Seguro De Vida Em Grupo – Processo SUSEP nº 005-00307/00.

Este seguro é garantido pela Tokio Marine Seguradora S.A. – CNPJ 33.164.021/0001-00

OUIDORIA

A Voz do Cliente na Empresa

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 0800 31 TOKIO (86546)

Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523

Disque Fraude 0800 707 6060

Cordialmente,

Ouvidoria Tokio Marine Seguradora

CONDIÇÕES GERAIS**SEGURO COLETIVO DE VIDA EM GRUPO
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.****Índice**

1. OBJETIVO DO SEGURO.....	4
2. CONCEITO DAS COBERTURAS	5
3. RISCOS EXCLUÍDOS	29
4. CARÊNCIA	30
5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS	30
6. DA VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA.....	31
7. DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS	31
8. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS.....	31
9. DA INCLUSÃO DE CÔNJUGES	33
10. DA INCLUSÃO DE FILHOS	34
11. BENEFICIÁRIOS	35
12. CAPITAIS SEGURADOS.....	36
13. CERTIFICADO INDIVIDUAL	36
14. CUSTEIO DO SEGURO	37
15. PRÊMIO	37
16. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS.....	39
17. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTROS	39
18. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL	48
19. CANCELAMENTO DO SEGURO	48
20. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO.....	49
21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	50
22. DA DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS	50
23. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA.....	51
24. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	51
25. DISPOSIÇÕES GERAIS	52
26. PRESCRIÇÃO.....	52
27. DO FORO.....	52
28. CONCEITOS	52

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO – FAIXA ETÁRIA

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1 O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância, limitado ao valor do Capital Segurado contratado, 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.**

1.2 As coberturas deste Seguro dividem-se em básica e adicionais:

1.2.1 Cobertura Básica:

– **Básica – Morte**

1.2.2 Coberturas Adicionais:

- IEA – Indenização Especial por Morte Acidental;
- IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente;
- IPDL – Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa;
- IPDF – Invalidez Permanente Total por Doença Funcional;
- DIT – Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença;
- DG – Doenças Graves;
- Diagnóstico de Câncer;
- RIH– Renda por Internação Hospitalar;
- DMHO– Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas;
- AF - Auxílio Funeral Titular;
- AF - Auxílio Funeral Familiar;
- AF - Auxílio Funeral Titular – Dedutível;
- AF - Auxílio Funeral Familiar – Dedutível;
- AF - Auxílio Funeral Titular – Reembolso;
- AF - Auxílio Funeral Familiar – Reembolso;
- AF – Auxílio Funeral Familiar com Pais – Reembolso;
- AF – Auxílio Funeral Familiar com Pais e Sogros – Reembolso;
- AA -Auxílio Alimentação;
- DCF - Doenças Congênitas de Filhos;

1.2.2.1 As indenizações previstas para as coberturas conjugadas: Básica – Morte e Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), assim como, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), se acumulam e podem ser contratadas conjuntamente, quando definido na Proposta de Contratação.

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

- IAC - Inclusão Automática de Cônjuges - Básica (Morte)
- IAC - Inclusão Automática de Cônjuges- IEA
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges -IPA
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IPTA
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DIT
- IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DG
- IAC-Inclusão Automática de Cônjuges – RIH
- IAC-Inclusão Automática de Cônjuges – DMHO
- IFC - Inclusão Facultativa de Cônjuges - Básica (Morte)
- IFC - Inclusão Facultativa de Cônjuges – IEA
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges -IPA
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – IPTA
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – DIT
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – DG
- IFC-Inclusão Facultativa de Cônjuges – RIH
- IFC-Inclusão Facultativa de Cônjuges – DMHO
- IAF – Inclusão Automática de Filhos – Básica (Morte)

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

1.5 Para menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado Principal ou dependente.

2. CONCEITO DAS COBERTURAS

2.1 BÁSICA

2.1.1 Básica - Morte

Garante aos beneficiários 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 e do Contrato.**

2.2 ADICIONAIS

2.2.1 IEA - Indenização Especial por Morte Acidental

Desde que contratada, garante aos beneficiários 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 a 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 IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização (item 2.2.2.10)**, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico realizado de forma presencial 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.**

2.2.2.1 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.

2.2.2.2 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 e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado a tanto se negue.

2.2.2.2.1 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.

2.2.2.3 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).

2.2.2.4 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.

2.2.2.5 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.

2.2.2.6 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.

2.2.2.7 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.

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

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

2.2.2.10 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.**

2.2.2.11 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
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
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
	Fratura não consolidada 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
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos 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.	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 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	

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	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.	

2.2.3 IPTA - Invalidez Permanente Total 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 estabelecidas no item 2.2.3.1, em virtude de lesão física causada por acidente coberto, mediante comprovação por laudo médico realizado de forma presencial e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua contratação, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições e do Contrato.**

2.2.3.1 Considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente as ocorrências descritas abaixo:

- Perda total da visão de ambos os olhos
- Perda total do uso de ambos os membros superiores
- Perda total do uso de ambos os membros inferiores
- Perda total do uso de ambas as mãos
- Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior
- Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés
- Perda total do uso de ambos os pés
- Alienação mental total incurável

2.2.3.1.1 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 e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado a tanto se negue.

2.2.3.1.2 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 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.

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

2.2.3.4 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.

2.2.4 IPDL – Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa

2.2.4.1 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.

2.2.4.1.1 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.

2.2.4.1.1.1 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.

2.2.4.1.2 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.

2.2.4.1.2.1 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.

2.2.4.2 A invalidez permanente total 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,

2.2.4.2.1 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.

2.2.4.3 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.

2.2.4.4 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 pagamento da indenização da invalidez serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente.

2.2.4.4.1 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**.

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

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

2.2.5 IPDF – Invalidez Permanente Total por Doença Funcional

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

2.2.5.1.1 Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional aquela que cause a Perda da Existência Independente do segurado.

2.2.5.1.1.1 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.

2.2.5.1.1.2 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.

2.2.5.1.1.3 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura, ainda que redundando 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) **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) **a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismos;**

2.2.5.1.1.4 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.

2.2.5.1.1.5 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.

2.2.5.1.1.6 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.

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 INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDANA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
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

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
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

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

2.2.5.2 Ocorrendo a invalidez total e permanente por doença funcional, 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 funcional 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 pagamento da indenização da invalidez serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente.

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

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

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

2.2.6 DIT - Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença

2.2.6.1 Desde que contratada esta cobertura, no caso de Incapacidade Total, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, **por período superior a 15 dias**, de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, **causada única e exclusivamente por acidente pessoal ou doença devidamente coberto**, a Seguradora pagará ao próprio segurado, para cada dia de afastamento, o valor da diária contratado, **até o limite máximo de diárias estabelecido no contrato, exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o período de franquia bem como o disposto nestas Condições Gerais e no Contrato**.

2.2.6.2 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 osteo-musculares 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 da Apólice, ou da sua recondução depois de suspenso;**
- e) Lesões ou sequelas decorrentes da tentativa de suicídio ocorridas nos 2 (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 da Apólice;**
- 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 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.**

2.2.6.3 Caso o segurado venha a falecer, seja por morte acidental, seja por morte natural, extingue-se, imediatamente, a presente cobertura, não sendo devido qualquer pagamento referente a diárias por incapacidade temporária a partir da data do óbito.

2.2.6.4 O limite máximo de diárias, 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.

2.2.6.5 O limite máximo de diárias para contratação não poderá ultrapassar 365 (trezentos e sessenta e cinco), por evento, sendo que cada diária corresponderá a uma fração do valor da renda mensal contratada.

2.2.6.6 As diárias por incapacidade serão devidas a partir do 16º dia, inclusive, da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, **caso o segurado a tanto se negue.**

2.2.6.7 Caso o segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, ficará automaticamente extinta a presente cobertura.

2.2.7 DG – Doenças Graves

2.2.7.1 Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas contratada (s) para fins deste Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato. Esta cobertura cessará quando o Segurado completar 65 anos.**

2.2.7.1.1 As doenças cobertas nesta garantia serão acordadas em cada Proposta de Contratação.

2.2.7.2 Estão cobertas, **única e exclusivamente**, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, **desde que convencionadas na Proposta de Contratação**, sendo necessário que o seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

2.2.7.2.1 DOENÇA NEOPLÁSICA MALÍGNA (CÂNCER OU TUMOR MALÍGNO)

2.2.7.2.1.1 Definição:

É o resultado do acúmulo de alterações genéticas ou adquiridas que transforma a célula normal em outra estrutura diferente, promovendo o crescimento progressivo e descontrolado de células malignas, com potencial para invadir tecidos ou órgãos vizinhos e disseminar-se a lugares distantes (metástases).

2.2.7.2.1.2 Risco Coberto:

Desde que contratada a cobertura para doença neoplásica maligna, estão cobertos os portadores de neoplasia maligna com metástases à distância, devidamente comprovado através de exames complementares especializados. Estarão cobertos também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, leucemias agudas (mielóide e linfóide) e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos como pulmão, fígado e medula óssea.

Além da cobertura acima descrita, estarão cobertos os segurados do sexo feminino portadores de Câncer de Mama ou Colo de Útero, bem como os segurados do sexo masculino portadores de Câncer de Próstata,

desde que diagnosticados por médico habilitado em oncologia e demonstrado através dos laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso.

2.2.7.2.1.3 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura:

a) para Doença Neoplásica Maligna (câncer ou tumor maligno):

- As displasias e lesões pré-cancerígenas.
- Para portadores do sexo feminino, exclui-se ainda: o carcinoma "in situ" (incluindo displasia cervical), neoplasias malignas primárias de pele na região das mamas, neoplasias não primárias do tecido mamário na região anatômica das mamas e neoplasias benignas das mamas ou do colo do útero.

2.2.7.2.2 DOENÇAS CARDIOLÓGICAS

2.2.7.2.2.1 Definição:

São as doenças do coração: infarto do miocárdio, doenças das artérias cardíacas e doenças das válvulas do coração.

2.2.7.2.2.2 Risco Coberto:

Desde que contratada a cobertura para doenças cardiológicas, estão cobertos os seguintes riscos:

- a) Infarto do miocárdio devidamente comprovado através de exames específicos: cateterismo e enzimas cardíacas;
- b) Doenças das artérias cardíacas tratadas com angioplastia ou cirurgia de revascularização do miocárdio;
- c) Doenças das válvulas cardíacas tratadas cirurgicamente.

2.2.7.2.2.3 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura:

a) para Doenças Cardiológicas:

- Não estão incluídos no conceito de Infarto Agudo do Miocárdio, para fins desta Cobertura:
 - a) infartos do miocárdio pré-existent à contratação do seguro e demonstrados através do ECG;
 - b) toda angina do peito, incluindo angina estável e instável;
 - c) as doenças do coração não diagnosticada como risco coberto no subitem 2.7.2.2.2.

2.2.7.2.3 ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

2.2.7.2.3.1 Definição:

Isquemia cerebral (diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral) ou hemorragia intracraniana, resultante de problemas vasculares que produza destruição do tecido cerebral e seqüela neurológica definitiva.

2.2.7.2.3.2 Risco Coberto:

Desde que contratada a cobertura para acidente vascular cerebral, estão cobertos os portadores de sequelas de AVC(Acidente Vascular Cerebral) avaliados após 6 meses do evento, quando houver a persistência de paralisia total de pelo menos 2 membros ou distúrbios cognitivos graves, que necessitem de Curatela.

A avaliação deverá ser realizada por médico especialista em neurologia, comprovado com exames complementares de imagem (Tomografias, Ressonância Magnética, Angioressonância ou Doppler de Carótidas).

2.2.7.2.3.3 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura:

a) para Acidente Vascular Cerebral:

- Ataques isquêmicos transitórios (AIT).

2.2.7.2.4 TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS VITAIS

2.2.7.2.4.1 Definição:

É a transferência de órgão vital de um indivíduo vivo ou morto ou uso de prótese artificial em decorrência da perda irreversível de sua função.

2.2.7.2.4.2 Risco Coberto:

Desde que contratada a cobertura para transplantes de órgãos vitais, estão cobertos os Segurados que necessitem do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos:

- Coração
- Fígado
- Medula óssea.
- Pâncreas
- Pulmão
- Rim

2.2.7.2.5 SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – SIDA (AIDS)

2.2.7.2.5.1 Definição:

A SIDA (AIDS) é um conjunto de sinais e sintomas de imunodeficiência secundária, resultante da infecção pelo vírus HIV, sendo caracterizada por infecções oportunistas, neoplasias malignas, disfunções neurológicas e várias outras síndromes.

2.2.7.2.5.2 Risco Coberto:

Desde que contratada a cobertura para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, estão cobertos os Segurados portadores do vírus HIV em estágio avançado (estado grave) acometidos de afecções oportunistas recorrentes (Infecções frequentes, diarreias crônicas, complicações neurológicas ou neoplasias malignas) e com comprometimento do estado geral e resistente a tratamentos convencionais e que tenham os exames laboratoriais recentes com o seguinte perfil:

- Linfócitos CD4 - abaixo de 200 células por mm³
- Linfócitos CD8 - abaixo de 600 células por mm³ .
- Relação CD4/CD8 - abaixo de 0,8
- Carga Viral- acima de 50.000

2.2.7.2.6 INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL

2.2.7.2.6.1 Definição:

É a etapa final de diversas doenças renais. É caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e demonstrado através de exames complementares apropriados.

2.2.7.2.6.2 Risco Coberto:

Desde que contratada a cobertura para insuficiência renal terminal, estão cobertas todas as doenças renais com evolução para insuficiência renal terminal, conforme definição para fins desta cobertura.

2.2.7.2.6.3 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura:

a) para Insuficiência Renal Terminal

- **Consideram-se como riscos excluídos os quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.**

2.2.7.2.6.4 Para as doenças descritas nos itens 2.2.7.2.1; 2.2.7.2.2; 2.2.7.2.4; 2.2.7.2.5 e 2.2.7.2.6, só terão direito ao Capital Segurado os Segurados que se encontrarem em vida após 60 (sessenta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do seguro.

2.2.7.2.6.5 Quando contratada cobertura para todas as doenças previstas na garantia de Doenças Graves, somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicados à Seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

2.2.7.2.6.6 O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Doenças Graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

2.2.8 Diagnóstico de Câncer

2.2.8.1 Para efeito deste seguro, é a designação genérica do tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células ditas malignas, no corpo humano. Exclui-se, no entanto, desta designação para efeitos do presente, qualquer câncer de pele, exceto o melanoma maligno. Para os efeitos desta garantia, o tumor deverá ter seu primeiro diagnóstico comprovado, em data posterior ao início de vigência da apólice e findo o prazo de carência.

2.2.8.2 Risco Coberto:

Desde que contratada a cobertura para doença neoplásica maligna, estão cobertos os portadores de neoplasia maligna constatada por exame microscópico de tecido fixo afetado pela moléstia, sendo o de maior importância o anatomo-patológico, e exames complementares realizados por um patologista. O diagnóstico dado pelo patologista será considerado válido, para fins de pagamento de indenização, desde que precedido de um exame histológico minucioso do tumor maligno, ou do tecido coletado, em que esteja evidenciada a existência de Câncer.

2.2.8.3 Riscos Excluídos:

Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura:

- As displasias e lesões pré-cancerígenas;
- Para portadores do sexo feminino, exclui-se ainda: o carcinoma "in situ" (incluindo displasia cervical), neoplasias malignas primárias de pele na região das mamas, neoplasias não primárias do tecido mamário na região anatômica das mamas e neoplasias benignas das mamas ou do colo do útero.

2.2.8.4 O pagamento de qualquer Indenização decorrente do Diagnóstico de Câncer significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

2.2.9 RIH – Renda por Internação Hospitalar

2.2.9.1 Desde que contratada, garante ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado em cada período de internação, deduzida a franquia, no caso da sua internação hospitalar decorrente de acidente ou doença em caráter estritamente emergencial, **entende-se como tal todas as internações que não sejam eletivas**, independente das despesas efetuadas pelo segurado, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.9.2 O valor de cada Diária será estabelecido no Proposta de Contratação.

2.2.9.3 A Franquia desta cobertura será de 02 (dois) dias. Assim, a indenização somente será devida a partir do 3º dia de internação, inclusive.

2.2.9.4 O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, esta limitado em 180 dias de Internação(ões), consecutivas ou não, decorrente(s) de um mesmo evento coberto, considerando o período de 12 (doze) meses de vigência do seguro individual.

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

- a) Ferimentos auto infligidos, temporário ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial da Apólice contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;
- b) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas consequências, inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- c) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- d) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;
- e) Internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras e;
- f) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;
- g) Epidemias declaradas por órgão competente, envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente a população onde o Segurado resida;
- h) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anátomo-patológica ou exames complementares;
- i) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);
- j) Anomalias congênicas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;
- k) Diálises, hemodiálises;
- l) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico.

2.2.10 DMHO– Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas.

2.2.10.1 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.**

2.2.10.2 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.

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

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

2.2.10.5 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.**

2.2.10.6 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 prótese pela perda de dentes naturais.

2.2.11 Auxílio Funeral Titular

2.2.11.1 Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, será indenizado a título de auxílio funeral o valor estabelecido no contrato para esta cobertura. **Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.**

2.2.12 Auxílio Funeral Familiar

2.2.12.1 Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, de seu cônjuge e/ou filhos, será indenizado a título de auxílio funeral o valor estabelecido no contrato para esta cobertura. **Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.**

2.2.13 Auxílio Funeral Titular – Dedutível

2.2.13.1 Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, será indenizado a título de auxílio funeral o valor estabelecido no contrato para esta cobertura. **Esse valor será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.**

2.2.14 Auxílio Funeral Familiar -Dedutível

2.2.13.1 Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, de seu cônjuge e/ou filhos, será indenizado a título de auxílio funeral o valor estabelecido no contrato para esta cobertura. **Esse valor será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.**

2.2.14.2 Por se tratar de uma cobertura que prevê o adiantamento do capital segurado referente à Cobertura Básica, não haverá cobrança de prêmio para sua contratação.

2.2.15 Auxílio Funeral Titular – Reembolso

2.2.15.1 Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, garante o reembolso com as despesas devidamente comprovadas com funeral, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do capital segurado estabelecido no contrato para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das condições Gerais e do Contrato.**

2.2.15.1.1 O reembolso dessa cobertura se restringe aos itens indicados abaixo, limitado ao capital segurado contratado e mediante apresentação de notas fiscais originais.

- Urna Mortuária
- Carro para enterro (no município de moradia habitual do Beneficiário);
- Carreto / caixão (no município de moradia habitual do Beneficiário));
- Serviço Assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento ou cremação;
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual);
- Paramentos;
- Aparelho de ozona;
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório;
- Véu;
- Enfeite Floral e Coroas;
- Locação de Jazigo.

2.2.15.1.2 Esse seguro poderá prever a possibilidade de Assistência Funeral, limitado ao capital segurado contratado e desde que essa condição esteja determinada no Certificado de Seguro.

2.2.15.1.2.1 No caso da utilização da Assistência Funeral, a solicitação deve ser feita pelos telefones constantes no Certificado do Seguro, 24 horas por dia.

2.2.15.1.2.2 A Assistência Funeral não se acumula com o reembolso de despesas. Se utilizada a assistência funeral, não haverá reembolso de despesas.

2.2.15.1.3 Caso não seja acionada a Assistência Funeral e desde que caracterizada a cobertura, serão reembolsados os itens determinados na cláusula **2.2.15.1.1**, mediante a apresentação de notas fiscais originais, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

2.2.16 Auxílio Funeral Familiar -Reembolso

2.2.16.1 Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, de seu cônjuge e/ou filhos, garante o reembolso com as despesas devidamente comprovadas com funeral mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do capital segurado estabelecido no contrato para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.16.1.1 O reembolso dessa cobertura se restringe aos itens indicados abaixo, limitado ao capital segurado contratado e mediante apresentação de notas fiscais originais.

- Urna Mortuária
- Carro para enterro (no município de moradia habitual do Beneficiário);
- Carreto / caixão (no município de moradia habitual do Beneficiário));
- Serviço Assistencial;

- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento ou cremação;
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual);
- Paramentos;
- Aparelho de ozona;
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório;
- Véu;
- Enfeite Floral e Coroas;
- Locação de Jazigo.

2.2.16.1.2 Esse seguro poderá prever a possibilidade de Assistência Funeral, limitado ao capital segurado contratado e desde que essa condição esteja determinada no Certificado de Seguro.

2.2.16.1.2.1 No caso da utilização da Assistência Funeral, a solicitação deve ser feita pelos telefones constantes no Certificado do Seguro, 24 horas por dia.

2.2.16.1.2.2 A Assistência Funeral não se acumula com o reembolso de despesas. Se utilizada a assistência funeral, não haverá reembolso de despesas.

2.2.16.1.3 Caso não seja acionada a Assistência Funeral e desde que caracterizada a cobertura, serão reembolsados os itens determinados na cláusula **2.2.16.1.1**, mediante a apresentação de notas fiscais originais, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

2.2.17 Auxílio Funeral Familiar com Pais – Reembolso

2.2.17.1 Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, de seu cônjuge, filhos, pai e mãe, garante o reembolso com as despesas devidamente comprovadas com funeral, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do capital segurado estabelecido no contrato para esta cobertura, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.17.1.1 Serão considerados pais: pai e mãe, ascendentes em primeiro grau do segurado Principal.

2.2.17.1.2 O reembolso dessa cobertura se restringe aos itens indicados abaixo, limitado ao capital segurado contratado e mediante apresentação de notas fiscais originais.

- Urna Mortuária;
- Carro para enterro (no município de moradia habitual do Beneficiário);
- Carreto / caixão (no município de moradia habitual do Beneficiário));
- Serviço Assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento ou cremação;
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual);
- Paramentos;

- Aparelho de ozona;
- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório;
- Véu;
- Enfeite Floral e Coroas;
- Locação de Jazigo.

2.2.17.1.3 Esse seguro poderá prever a possibilidade de Assistência Funeral, limitado ao capital segurado contratado e desde que essa condição esteja determinada no Certificado de Seguro.

2.2.17.1.3.1 No caso da utilização da Assistência Funeral, a solicitação deve ser feita pelos telefones constantes no Certificado do Seguro, 24 horas por dia.

2.2.17.1.3.2 A Assistência Funeral não se acumula com o reembolso de despesas. Se utilizada a assistência funeral, não haverá reembolso de despesas.

2.2.17.1.4 Caso não seja acionada a Assistência Funeral e desde que caracterizada a cobertura, serão reembolsados os itens determinados na cláusula **2.2.17.1.2**, mediante a apresentação de notas fiscais originais, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

2.2.18 Auxílio Funeral Familiar com Pais e Sogros – Reembolso

2.2.18.1 Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, de seu cônjuge, filhos, pai, mãe, sogro e sogra, garante o reembolso com as despesas devidamente comprovadas com funeral, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do capital segurado estabelecido no contrato para esta cobertura **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.**

2.2.18.1.1 Para efeitos de indenização, serão considerados:

- Pai e mãe: ascendentes em primeiro grau do segurado Principal;
- Sogros: Conjunto formado pelos pais do cônjuge/companheiro do segurado.

2.2.18.1.2 O reembolso dessa cobertura se restringe aos itens indicados abaixo, limitado ao capital segurado contratado e mediante apresentação de notas fiscais originais.

- Urna Mortuária
- Carro para enterro (no município de moradia habitual do Beneficiário);
- Carreto / caixão (no município de moradia habitual do Beneficiário));
- Serviço Assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento ou cremação;
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual);
- Paramentos;
- Aparelho de ozona;

- Mesa de condolências;
- Velas;
- Velório;
- Véu;
- Enfeite Floral e Coroas;
- Locação de Jazigo.

2.2.18.1.3 Esse seguro poderá prever a possibilidade de Assistência Funeral, limitado ao capital segurado contratado e desde que essa condição esteja determinada no Certificado de Seguro.

2.2.18.1.3.1 No caso da utilização da Assistência Funeral, a solicitação deve ser feita pelos telefones constantes no Certificado do Seguro, 24 horas por dia.

2.2.18.1.3.2 A Assistência Funeral não se acumula com o reembolso de despesas. Se utilizada a assistência funeral, não haverá reembolso de despesas.

2.2.18.1.4 Caso não seja acionada a Assistência Funeral e desde que caracterizada a cobertura, serão reembolsados os itens determinados na cláusula **2.2.18.1.2**, mediante a apresentação de notas fiscais originais, até o limite máximo estabelecido no Certificado de Seguro.

2.2.19 AA- Auxílio Alimentação

2.2.19.1 Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, garante uma indenização a título de auxílio alimentação conforme estabelecido no contrato para esta cobertura, exceto se decorrente de risco excluídos, observadas as demais cláusulas das condições gerais e do contrato

2.2.19.2. Esse seguro poderá prever a possibilidade de Cartão Alimentação ou Cesta Alimentação, desde que essa condição esteja determinada no Contrato de Seguro, limitado ao capital segurado contratado .

2.2.19.2.1 O Cartão Alimentação ou Cesta Alimentação não se acumula com a indenização da cobertura. Se solicitado o Cartão Alimentação ou Cesta Alimentação, não haverá a indenização

2.2.20 DCF – Doenças Congênicas de Filhos

2.2.20.1 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, que tenha sido diagnosticada na vigência do seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, e do Contrato.**

2.2.20.2. Definições:

2.2.20.2.1. Data do Evento - considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a datado diagnóstico médico da doença congênita coberta nestas Condições Especiais, desde que efetuado entre a data de nascimento até o 6º (sexto) mês de vida.

2.2.20.2.2. 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 congênicas:

- **Malformação do Sistema Nervoso: Central e Periférico;**
- **Malformação do Coração (exceto comunicação intra atrial isolada) e de grandes vasos;**
- **Malformação da traquéia 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, exclusivamente visão e audição; e,**
- **Anomalias cromossômiais (Síndrome de Down e Síndrome de Tumer).**

2.2.20.2.3. 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.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Além dos riscos excluídos determinados nas coberturas, estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste seguro para os segurados principais e dependentes:

- 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 Adesão e de conhecimento do Segurado;**
- e) **da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;**
- f) **Suicídio ou sua tentativa nos 2 (dois) primeiros anos de vigência ou da recondução do contrato, quando suspenso, contados do início de vigência individual do seguro ou da solicitação de aumento de capital segurado feita exclusivamente pelo Segurado/Estipulante.**
- 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.**
- j) **Os ferimentos auto infligidos, sejam de natureza temporária ou permanente, ressalvadas as hipóteses de tentativa de suicídio ocorrida após os dois primeiros anos de vigência inicial da apólice, ou ainda, após sua recondução nos casos em que tenha havido suspensão.**

4. CARÊNCIA

4.1 A cobertura básica e as adicionais de Auxílio Funeral, Auxílio Alimentação, Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL), Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), Doenças Graves (DG) e Diagnóstico de Câncer estão sujeitas ao período de carência definido na Proposta de Contratação.

4.2 Haverá carência de 3 (três) meses contados à partir da data de início da vigência individual para a Cobertura de Diárias de Incapacidade Total (DIT) e para a Cobertura de Renda por Internação Hospitalar (RIH).

4.3 Haverá carência de 2 (dois) meses contados à partir da data de início da vigência individual para as Coberturas de Doenças Graves (DG) e Diagnóstico de Câncer.

4.4 Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido prazo corresponderá a dois anos ininterruptos.

4.5. O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o seguro.

4.6. Não haverá carência para os casos de transferência do grupo segurado de outra para esta SEGURADORA, exclusivamente para os segurados que já participavam do grupo.

4.7 O prazo máximo de carência será de dois anos, não podendo exceder metade do prazo de vigência.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

5.1 O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 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), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL), Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Auxílio Funeral Titular, Auxílio Funeral Familiar, Auxílio Funeral Titular - Dedutível, Auxílio Funeral Familiar – Dedutível, Auxílio Funeral Titular – Reembolso –, Auxílio Funeral Familiar – Reembolso –, Auxílio Funeral Familiar com Pais – Reembolso, Auxílio Funeral Familiar com Pais e Sogros – Reembolso e Auxílio Alimentação (AA).

5.2 Para as coberturas de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (DIT), Doenças Graves (DG), Diagnóstico de Câncer, Renda por Internação Hospitalar (RIH), 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.

5.3 As indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

6. DA VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA

6.1 A apólice mestra vigorará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida na Proposta de Contratação, podendo ser renovada 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.

6.2 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.

6.3 Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

7. DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

7.1 O início e término de vigência de cada segurado será definido na Proposta de Contratação.

7.2 O início e término da vigência individual dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas no Certificado.

7.3 Caso não haja pagamento de prêmio quando do protocolo da Proposta de Adesão, 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.

7.4. Os seguros individuais vigorarão enquanto vigorar a apólice mestra, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do Contrato previsto nestas Condições Gerais.

7.4.1. No caso de não renovação da apólice mestra, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final de vigência da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.

7.5. 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.

8. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

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

8.2 A contratação/alteração da Proposta de Contratação somente poderá ser feita mediante Proposta de Adesão assinada pelo Proponente, seu representante ou por Corretor de Seguros habilitado.

8.3 Será estabelecida na Proposta de Contratação a quantidade mínima de segurados necessária para a aceitação de Seguro.

8.4 Poderão ser incluídos no presente seguro, as pessoas pertencentes ao grupo segurável que atendam às condições de aceitação estabelecidas na Proposta de Contratação.

8.5 Havendo expressa convenção da Proposta de Contratação, poderão ser incluídos no seguro aposentados e afastados do serviço.

8.6 A inclusão dos componentes seguráveis, poderá ser feita de uma das seguintes formas, conforme estabelecido na Proposta de Contratação:

8.6.1 Automática: nos seguros não contributários (subitem 14.1), quando abranger a totalidade dos componentes do grupo segurável;

8.6.2 Facultativa: quando o seguro abranger somente os componentes do grupo segurável que tenham, facultativamente, aderido ao seguro, ou cuja inclusão seja feita por ordem e conta do Estipulante.

8.7 A inclusão de proponentes neste seguro se dará através do preenchimento, assinatura e entrega à Seguradora, do formulário denominado “Proposta de Adesão”, juntamente com a declaração pessoal de saúde atividade profissional.

8.7.1 A Proposta de Adesão deverá ser preenchida de próprio punho pelo proponente ou responsável legal, documento em que constará cláusula em que o proponente declarará ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

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

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

8.8.2 **Caso a Seguradora exija elementos complementares para a análise do risco, na forma do disposto no subitem 8.8.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 8.8 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.**

8.9 A não aceitação da Proposta de Adesão, por parte da Seguradora, bem como a justificativa da recusa, será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado **no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da data de formalização da recusa, devidamente atualizado pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, desde a data do recebimento do prêmio pela Seguradora, deduzindo do valor “pro rata temporis” a parcela correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.**

8.9.1 Nas Propostas de Contratação cujas Propostas de Adesão tenham sido recepcionadas com adiantamento de prêmio, o Proponente terá cobertura entre a data do recebimento da Proposta até a data da formalização da recusa.

8.10 O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovada pela Seguradora que silenciou de má-fé.

8.10.1 A sociedade seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco pelo segurado, poderá, por meio de comunicação formal:

- I - cancelar o seguro;
- II - restringir a cobertura contratada, mediante acordo entre as partes; ou
- III - cobrar a diferença de prêmio cabível, mediante acordo entre as partes.

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

9. DA INCLUSÃO DE CÔNJUGES

9.1 A Proposta de Contratação deste seguro poderá prever e regular a inclusão, automática ou facultativa, dos cônjuges dos Segurados Principais que estejam em boas condições de saúde, na qualidade de Segurados Dependentes.

9.2 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 contratado para esta cláusula suplementar, **observados os riscos excluídos, as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

9.2.1. O capital segurado do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo Segurado Principal.

9.3 O Estipulante deverá informar quais as coberturas que pretende adotar para esta Cláusula Suplementar, observadas as opções indicadas abaixo, conforme convencionado na Proposta de Contratação e desde que essas coberturas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal.

- **IAC - Inclusão Automática de Cônjuges - Básica (Morte)**
- **IAC - Inclusão Automática de Cônjuges – IEA**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges -IPA**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IPTA**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DIT**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DG**
- **IAC-Inclusão Automática de Cônjuges – RIH**
- **IAC-Inclusão Automática de Cônjuges – DMHO**
- **IFC - Inclusão Facultativa de Cônjuges - Básica (Morte)**
- **IFC - Inclusão Facultativa de Cônjuges – IEA**
- **IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges -IPA**

- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – IPTA
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – DIT
- IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuges – DG
- IFC-Inclusão Facultativa de Cônjuges – RIH
- IFC-Inclusão Facultativa de Cônjuges – DMHO

9.4 A inclusão de cônjuge será automática quando abranger os cônjuges de todos os segurados principais, independentemente de solicitação.

9.5 A inclusão facultativa de cônjuge estará condicionada à solicitação do Segurado Principal e aceitação da Seguradora, além do pagamento de prêmio adicional.

9.6 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.

9.7 Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge, nos casos em que se exigir declaração pessoal de saúde.

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

9.9 No caso previsto no subitem anterior (9.8) e na modalidade de cônjuge facultativo, os prêmios pagos serão devolvidos atualizados monetariamente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística desde a data de pagamento até a sua efetiva restituição.

10. DA INCLUSÃO DE FILHOS

10.1 A Proposta de Contratação deste seguro poderá prever e regular a inclusão automática dos filhos do Segurado Principal.

10.1.1 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.

10.2 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 contratado para esta cláusula suplementar, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

10.2.1. O capital segurado dos filhos não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado principal.

10.3. 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.

10.4 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.

11. BENEFICIÁRIOS

11.1 Indicação

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

11.2 Alteração de Beneficiários

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

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

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

11.2.3 No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL), Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), Diária Temporária por Incapacidade Total por Acidente e/ou Doença (DIT), Doenças Graves (DG), Diagnóstico de Câncer, Renda por Internação Hospitalar (RIH) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Doenças Congênitas de Filhos (DCF), previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

11.2.4 No caso das coberturas de Auxílio Funeral Titular – Reembolso, previstas nestas Condições Gerais, os beneficiários serão aqueles que comprovarem o pagamento das despesas cobertas.

11.3 Beneficiários dos Segurados Dependentes

11.3.1 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. Para as demais coberturas oferecidas ao Segurado Dependente, o beneficiário será sempre o próprio Segurado Dependente.

11.3.2 Em caso de morte devidamente coberta do Segurado dependente das coberturas de Auxílio Funeral Familiar – Reembolso, Auxílio Funeral Familiar com Pais – Reembolso e Auxílio Funeral Familiar com Pais e Sogros – Reembolso, o Beneficiário será o Segurado Principal.

11.3.3 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.

12. CAPITAIS SEGURADOS

12.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida na Proposta de Contratação.

12.2. Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos para cada cobertura vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única.

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

- a) na Cobertura Básica, Auxílio Funeral e Auxílio Alimentação, a datado falecimento;
- b) nas Coberturas de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) e Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), a data do acidente;
- c) nas Coberturas de Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL) e Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), a data em que a invalidez restou caracterizada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora;
- d) na Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (DIT), a data do afastamento;
- e) na Cobertura de Doenças Graves (DG) e Diagnóstico de Câncer, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames; e,
- f) na Cobertura de Rendapor Internação Hospitalar (RIH), a data da internação.

13. CERTIFICADO INDIVIDUAL

13.1 No início de cada vigência e a cada renovação subsequente do contrato será encaminhado pela Seguradora um Certificado Individual a cada Segurado Principal, contendo os seguintes elementos mínimos:

- a) Data do início e término do seguro individual do segurado principal e seus dependentes;
- b) Capitais Segurados de cada Cobertura;
- c) Valor do prêmio total.

14. CUSTEIO DO SEGURO

14.1 Conforme disposto no na Proposta de Contratação, o custeio do seguro pode ser:

14.1.1 Não-Contributário – quando o prêmio for pago exclusivamente através de recursos do estipulante, sem a participação do segurado.

14.1.2 Contributário - quando os Segurados pagam prêmio total ou parcialmente.

15. PRÊMIO

15.1 A forma de pagamento, bem como o valor e critério de atualização do prêmio será estipulado na Proposta de Contratação.

15.2 Por ocasião da renovação do seguro, o Prêmio será reenquadrado automaticamente sempre que o segurado mudar de faixa etária, de acordo com o estabelecido na Proposta de Contratação.

15.2.1 Os intervalos das faixas etárias, incluindo os valores os percentuais, serão indicados na Proposta de Contratação Contratuais e disponibilizados aos proponentes quando da adesão ao seguro.

15.3 Tanto em relação aos prêmios individuais como em relação ao prêmio total, deve-se observar o disposto nos sub-ítem abaixo:

15.3.1 Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do prêmio 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.

15.3.2 A data limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da Apólice Mestra, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento do Prêmio.

15.4 É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de Prêmio do seguro, qualquer valor além do fixado pela SEGURADORA e a ela devido. Caso o Estipulante receba, juntamente com o Prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do Prêmio de cada Segurado.

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

15.6 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.

15.7 Nos seguros contributários, desde que tenha sido recebido pelo Estipulante os prêmios individuais, ainda que este não tenha repassado para a Seguradora, a mesma ficará responsável pelo

pagamento de indenizações que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento da apólice mestra, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal do Estipulante

15.8 Quando a forma de cobrança do prêmio for a de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice Mestra, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício, cancelamento do seguro individual ou mediante pedido do segurado principal.

15.9 Este seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.

15.10 No caso de rescisão 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.

15.11 ATRASO NO PAGAMENTO DE PRÊMIO

15.11.1 Data do vencimento da parcela do prêmio anterior ao período de cobertura

Nesses casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido na Proposta de Contratação, acarretará a suspensão imediata e automática de todas as coberturas, a partir da data do início do período de cobertura da respectiva parcela pendente, perdendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

15.11.1.1 A parcela vencida mencionada no subitem anterior não será cobrada pela Seguradora, uma vez que não será concedida a respectiva cobertura.

15.11.1.2 Quando suspensa a cobertura do seguro, seja da apólice mestra, sejam das coberturas individuais, poderá ser reabilitada, por uma única vez, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal subsequente à parcela em atraso, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da referida parcela.

15.11.2 Data do vencimento da parcela do prêmio durante ou após o período de cobertura

Nesses casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido na Proposta de Contratação, acarretará na cobrança da parcela do prêmio conforme a lei permitir. Esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, mantendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.

15.11.2.1 O prazo para o pagamento dessa parcela do prêmio em atraso será até a data do vencimento da próxima parcela do prêmio referente ao período de cobertura subsequente.

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

15.11.2.3 Caso essa parcela pendente não seja paga até a data limite especificada no subitem 15.11.2.1, seja a apólice mestra, sejam as coberturas individuais, serão canceladas a partir das 24 (vinte e quatro) horas dessa mesma data, sendo devido o pagamento das parcelas de prêmio referentes a períodos de cobertura ainda não emitidos e anteriores à data do cancelamento.

15.11.2.4 As parcelas do prêmio não pagas após 30 (trinta) dias do seu vencimento poderão ser cobradas judicialmente pela Seguradora.

15.12. CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO

15.12.1 Vencimento da parcela do prêmio anterior ao período de cobertura

O Segurado/Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado da suspensão das coberturas e cientificado de que o não pagamento da próxima fatura em seu vencimento acarretará o cancelamento do seguro.

15.12.1.1 Quando houver suspensão de coberturas, somente será admitida uma única reabilitação. Assim, após a reabilitação, havendo novo atraso no pagamento de qualquer das parcelas do prêmio, este seguro estará automaticamente cancelado.

15.12.2 Vencimento da parcela do prêmio durante ou após o período de cobertura

O Segurado/Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado de que o não pagamento da próxima fatura em seu vencimento acarretará o cancelamento do seguro.

15.12.2.1 Nesse caso não haverá reabilitação de cobertura.

16. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURO E DOS PRÊMIOS

16.1 Para os seguros com vigência superior a 1 (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 no mês de aniversário do seguro, ou no menor espaço de tempo que a lei vier a permitir.

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

16.3 A Proposta de Contratação poderá estabelecer ainda que, no caso de capital segurado múltiplo salarial, o valor do capital segurado e dos prêmios poderá ser alterado segundo a variação do salário ou provento do Segurado Principal.

17. 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, portal de autoatendimento ou através do site www.tokiomarine.com.br.

17.1 Em seguida, deverá ser encaminhada a documentação relacionada adiante., junto com o

formulário Aviso de Sinistro, totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante e Beneficiários. 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.

17.2 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 destas condições.

17.2.1 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 17.2 ficará suspenso, voltando a correr partir do dia útil subsequente àquele em que forem atendidas as exigências.

17.2.2 Na hipótese do não cumprimento do prazo estabelecido nos itens 17.2 e 17.2.1, 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.

17.2.2.1 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 da Proposta de Contratação.

17.3 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.

17.3.1 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.

17.4 Documentação para regulação de Sinistros

17.4.1 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.

17.4.2 Para a Cobertura – Morte - Básica:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- 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 em que ocorreu o evento;

- 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.

17.4.3 Para as Coberturas de Morte Acidental:

I) Cópia Simples

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

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) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- d) Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- e) Comunicação de Acidente de Trabalho – (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- f) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- g) Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

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

17.4.4 Para as Coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ou Invalidez Permanente por Acidente:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- 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 o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- e) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico;
- f) Prontuário médico completo do atendimento inicial, bem como de todos os atendimentos e tratamentos realizados, como cirurgias/internações, devidamente emitido pelo hospital em que foi atendido/socorrido/tratado.

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);

III) Documento Original

- a) Relatório médico realizado através de consulta presencial devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez e com a confirmação se todos os tratamentos médicos disponíveis para recuperação da seqüela foram esgotados;
- b) Atestado de Saúde Ocupacional do médico do trabalho informando sobre a aptidão do funcionário para retorno às suas atividades laborativas, levando em consideração o acidente sofrido;
- c) Declaração da empresa/estipulante dando ciência de acionamento do seguro diretamente pelo segurado ou seu representante.

17.4.5 Para a Cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa:**I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;
- 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 Segurado;

II) Documento Original

- a) Relatório médico totalmente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, 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.

17.4.6 Para a Cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional:**I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;

- 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 laboratoriais de diagnóstico da doença.

II) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, 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**.

17.4.7 Para a Cobertura Adicional de Diárias de Incapacidade Temporária:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- 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) Empregador com vínculo empregatício: carteira profissional com as páginas iniciais, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso;
- b) Para proprietários de estabelecimento: 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 o 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 do 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 testemunhas isentas. Não se aceitará como testemunhas pessoas do mesmo local de trabalho do Segurado/família.

17.4.8 Para a cobertura de Doenças Graves:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- 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;
- d) Exames complementares comprovando os diagnósticos e o prontuário médico em caso de internações hospitalares.

II) 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.

17.4.9 Para a cobertura de Diagnóstico de Câncer:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- 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;
- d) Exames complementares comprovando os diagnósticos e o prontuário médico em caso de internações hospitalares.

II) 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.

17.4.10 Para a Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- 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 o 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 do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- b) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

III) Documento Original

- a) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, em que deve constar 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.

17.4.11 Para a cobertura de Renda por Internação Hospitalar Doença e Acidente:**I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;
- 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) Prontuário Médico completo;
- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- f) Exames complementares comprovando o diagnóstico.

II) Documento Original

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprovem os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- b) Relatório Médico Assistente, relatando os motivos que justifiquem a internação do Segurado e que constem o aviso de alta médica.

Em caso de Acidente:**Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:****I) Cópia Simples**

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o 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 do Exame de Corpo Delito (IML).

Nota: A Seguradora poderá solicitar auditoria no estabelecimento hospitalar, a fim de elucidar os fatos, desde que haja dúvida fundada e justificável.

17.4.12 Para as coberturas de Auxílio Funeral (Titular ou Familiar), (Dedutível ou Não Dedutível):**I) Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;

- 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;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial, em caso de morte por acidente.

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.

17.4.13 Para as coberturas de Auxílio Funeral (Reembolso de Despesas)

I) Cópia Simples

- a) Comprovante de vínculo com o Estipulante;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado principal ou dependentes
- c) Documentos que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- d) Cédulas de identidade, CPF, comprovante de residência e Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome de quem arcou com as despesas do funeral sendo isso o 1º titular da conta.
- e) Certidão de Casamento e/ou Declaração pública de união estável do Segurado Principal com o cônjuge.

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;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial, em caso de morte por acidente.

III) Documento Original

- a) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, onde deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas;
- b) 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.

17.4.14 Para a cobertura de Auxílio Alimentação:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;

- 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.

17.4.15 Para a Cobertura Adicional de Doenças Congênitas de Filhos:

I) Cópia Simples

- a) Comprovante do vínculo com o estipulante;
- 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 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.

17.5 Junta Médica

17.5.1 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.

17.5.1.1A 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.

17.5.1.2 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.

17.5.2 Perícia da Seguradora

17.5.2.1A 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.

17.5.2.20 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.

17.5.2.3 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.

18. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

18.1 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 Laborativa (IPDL) e 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 da Apólice;
- f) pela inobservância das obrigações convencionadas no seguro, por parte do segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do prêmio;
- g) com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da Apólice Mestra;
- 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 da Apólice.

18.2 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 do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicada à Seguradora;
- c) a pedido do Segurado Principal;
- d) com a inclusão do Dependente no Seguro na condição de Segurado Principal.

19. CANCELAMENTO DO SEGURO

A Apólice Mestra será cancelada:

19.1 por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado;

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

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

19.4 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 da Apólice.

20. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

20.1 Se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, perderá o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

20.1.1 A perda do direito à indenização, também ocorrerá nas seguintes situações:

- 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 da Apólice;
- f) não fornecimento da documentação solicitada.

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

20.1.2 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações mencionadas na alínea a) do subitem 20.1 não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do sinistro:

- a) cancelar o seguro, restando, 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 restringir termos e condições da cobertura contratada.

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

- a) após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo reter do prêmio originalmente pactuado a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, acrescido da diferença cabível; ou
- b) permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível, deduzi-la do valor a ser indenizado e/ou restringir termos e condições da cobertura contratada.

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, após o pagamento da indenização, cancelar o seguro, podendo deduzir do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

21. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

21.1 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.

21.2 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.

22. DA DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

Desde que estabelecido na Proposta de Contratação, ao final de cada vigência da apólice e depois de pagas todas as faturas do período, serão apuradas o excedente técnico da apólice, destinando-se um percentual do resultado obtido ao Estipulante, ou, no caso de seguro contributário, aos Segurados. O resultado ou excedente técnico é o excesso, porventura existente da receita sobre a despesa. Para fins da apuração do resultado técnico consideram-se no mínimo os itens abaixo estabelecidos. Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídos na apuração de excedente técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante:

22.1 Como Receita para fins de apuração dos resultados técnicos:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR) do período anterior;
- d) Recuperação de sinistros em resseguro.

22.2 Como Despesa para os mesmos fins:

- a) As comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) As comissões de administração (Pró-Labore) pagas durante o período;
- c) As comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) Valor total de sinistros ocorridos em qualquer época e avisados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- e) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR), considerando 1se para tal um percentual sobre os prêmios ou sinistros de competência do período conforme acordado com o Estipulante;
- f) Saldo negativo dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- g) As despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante;
- h) Prêmios de resseguro;
- i) Os seguintes tributos: PIS, COFINS, IR e CSLL.
- j) Valor total das despesas de desenvolvimento, confecção e envio de quaisquer materiais de a serem fornecidos aos segurados.;e
- k) Valor total das despesas com Assistências

22.3 As Receitas e Despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) O respectivo dia de pagamento para Prêmio e Comissões;
- b) O dia do aviso à Seguradora, para os Sinistros;
- c) A data da última apuração, para os Saldos Negativos anteriores;
- d) As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

A apuração do resultado far-se-á após o término de vigência da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação.

23. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

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

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

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

23.2.1 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.

23.3 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.

24. 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.

25. DISPOSIÇÕES GERAIS

25.1 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.

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

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

26. PRESCRIÇÃO

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

27. 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.

28. CONCEITOS

28.1 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, 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, a acidente pessoal, observada 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 accidental 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.

28.1.1 Excluem-se desse 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 casuado 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,

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

28.2 Apólice de Seguro

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

28.3 Apólice de averbação ou aberta

Apólice em que o segurado comunica à sociedade seguradora as movimentações relativas a seu negócio, vinculadas às coberturas contratadas e ocorridas ao longo de sua vigência, em datas incertas, imprevisíveis ou previamente acordadas, com importâncias seguradas variáveis limitadas ao valor do limite máximo de garantia contratado.

28.4 Assistência Funeral

É a prestação de serviço para a realização do sepultamento ou cremação (quando disponível no município de residência do Segurado), restrito aos itens cobertos relacionados ao funeral, conforme as disposições dessas condições gerais, limitado ao capital segurado contratado para essa cobertura.

28.5 Beneficiários

São as pessoas designadas pelo Segurado Principal para receber o capital segurado na hipótese de seu falecimento devidamente coberto.

28.6 Capital Segurado

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

28.7 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.

28.8 Carregamento

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

28.9 Certificado de Seguro

Documento emitido para cada segurado no caso de contratação por meio de apólice coletiva, quando da aceitação do proponente ou da renovação do seguro.

28.10 Condições Contratuais

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

28.11 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 Seguro e da Apólice Mestra.

28.12 Contrato

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.

28.13 Consignante:

Pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados;

28.14 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

28.15 Diária Contratada

Indenização por dia de internação hospitalar, contratada pelo segurado e estipulada na Proposta de Adesão, independente do valor das despesas médicas e hospitalares efetuadas no tratamento.

28.16 Documentos contratuais

É a apólice de averbação, o certificado individual e o endosso.

28.17 Doença Pré-Existente

Doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de adesão.

28.18 Endosso

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

28.19 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.

28.20 Evento Coberto

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

28.21 Excedente Técnico

Saldo positivo obtido pela Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

28.22 Franquia

É o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da Diária Contratada, contado a partir da caracterização do sinistro coberto.

28.23 Hospital

Significa qualquer estabelecimento legalmente constituído e licenciado, devidamente instalado e equipado para tratamentos médicos e paramédicos em regime de internação.

28.24 Grupo Segurado

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

28.25 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 e no Contrato

28.26 Indenização

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

28.27 Início de vigência

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora;

28.28 Internação Hospitalar É o período contado em dias, não inferior a 24 (vinte e quatro) horas, de hospitalização do segurado, comprovado através de notas fiscais ou qualquer outro instrumento legal de cobrança ou de declaração do hospital onde ocorreu a internação.

28.29 Limite de diárias

É a quantidade máxima de diárias que o segurado fará jus, a contar do 16º (décimo sexto) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais (data do sinistro), por evento, limitado a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento. Cada diária corresponderá a uma fração do valor da renda mensal contratada.

28.30 Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, parentes consanguíneos ou afins com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.

28.31 Migração de apólices

Substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência;

28.32 Prêmio

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

28.33 Proponente

Pessoa física interessada em contratar cobertura(s) de seguro.

28.34 Proposta de Adesão

Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais

28.35 Proposta de Contratação

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

28.36 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

28.37 Segurados

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

28.37.1 Segurados Principais

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

28.37.2 Segurados Dependentes

- Cônjuge ou a(o) companheira(o);
- Filhos 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.

- Pais: Ascendentes em primeiro grau do segurado;
- Sogros Conjunto formado pelos pais do cônjuge/companheiro, em relação ao segurado.

28.38 Seguradora

É a sociedade devidamente autorizada a comercializar seguros, que, mediante o recebimento do respectivo prêmio garante os riscos previstos nas Condições Gerais.

28.39 Sinistro

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

28.40 Tratamento Cirúrgico

São aqueles decorrentes de eventos que exijam ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.

28.41 Tratamentos Clínicos

São aqueles decorrentes de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicarem em ato cirúrgico.

28.42 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.