



SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

1. **Objetivo**
2. **Definições**
3. **Aceitação do Seguro**
4. **Estipulação de Seguros**
5. **Obrigações**
 - 5.1 **Obrigações do Estipulante**
 - 5.2 **Obrigações da Seguradora**
 - 5.3 **Obrigações do Segurado**
6. **Garantias do Seguro**
7. **Riscos Excluídos**
8. **Inclusão de Dependentes**
9. **Capital Segurado**
10. **Âmbito Geográfico de Cobertura**
11. **Carências e Franquias**
12. **Pagamento de Prêmios**
13. **Critério de Taxação**
14. **Beneficiários**
15. **Liquidação de Sinistros**
16. **Vigência e Renovação**
17. **Suspensão e Reabilitação do Seguro**
18. **Cancelamento do Seguro**
19. **Perda de Direito**
20. **Cessação da Cobertura**
21. **Alteração Contratual em Planos Coletivos**
22. **Atualização Monetária**
23. **Taxa de juros**
24. **Regime Financeiro**
25. **Sub Rogação**
26. **Excedentes Técnicos**
27. **Material de Divulgação**
28. **Rotinas Operacionais**
29. **Moeda**



SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

30. Impostos
31. Cosseguro
32. Foro
33. Ratificação
34. Registro na SUSEP

Anexo I – Cláusula de Cobertura Básica de Seguro de Vida em Grupo – Morte Qualquer Causa

1. Objetivo
2. Risco Coberto
3. Riscos Excluídos
4. Âmbito Territorial da Cobertura
5. Carência
6. Ratificação

Anexo II – Cláusula Adicional de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA)

1. Objetivo
2. Conceito
3. Riscos Cobertos
4. Riscos Excluídos
5. Âmbito Territorial da Cobertura
6. Acumulação das Indenizações
7. Ocorrência do Acidente
8. Comprovação do Acidente
9. Carência
10. Ratificação

Anexo III – Cláusula Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

1. Objetivo
2. Conceitos
3. Riscos Cobertos
4. Riscos Excluídos
5. Âmbito Territorial da Cobertura
6. Invalidez Permanente por Acidente – IPA



SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

7. Acumulação das Indenizações
8. Ocorrência do Acidente
9. Comprovação do Acidente
10. Junta Médica
11. Reintegração de Capital
12. Carência
13. Ratificação

Anexo IV – Cláusula Adicional de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPTD)

1. Do Objetivo
2. Da Cobertura
3. Dos Riscos Cobertos
4. Da Liquidação do Sinistro
5. Da Forma de Pagamento do Capital Segurado
6. Do Cancelamento do Seguro
7. Âmbito Territorial da Cobertura
8. Carência
9. Ratificação

Anexo V – Cláusula Adicional de Adiantamento do Capital Segurado em caso de Doença Terminal

1. Objetivo
2. Conceito
3. Adiantamento do Capital Segurado
4. Riscos Excluídos
5. Reintegração
6. Âmbito Territorial da Cobertura
7. Carência
8. Ratificação

Anexo VI – Cláusula Adicional de Indenização por Incapacidade Temporária, em caso de Doença ou Acidente

1. Objetivo
2. Conceito



SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

3. Em caso de Morte ou Invalidez
4. Sinistro
5. Riscos Excluídos
6. Indenização
7. Reintegração
8. Âmbito Territorial da Cobertura
9. Ratificação

Anexo VII – Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge

1. Objetivo
2. Riscos Cobertos
3. Formas de Inclusão
4. Beneficiário
5. Cancelamento do Seguro do Cônjuge
6. Âmbito Territorial da Cobertura
7. Carência
8. Ratificação

Anexo VIII – Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos

1. Objetivo
2. Formas de Inclusão
3. Riscos Cobertos
4. Cancelamentos do Seguro do Filho
5. Beneficiários
6. Âmbito Territorial da Cobertura
7. Carência
8. Ratificação

Anexo IV – cláusula Especial de Cobertura para Diagnóstico de Câncer de Mama Feminina

1. Objetivo
2. Grupo Segurável
3. Grupo Segurado
4. Condições de Segurabilidade
5. Riscos Cobertos



SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

6. Riscos Excluídos
7. Carência
8. Aviso de Sinistro e Documentos Específicos
9. Perícia/Junta Médica
10. Beneficiária
11. Reintegração de Capital
12. Prêmios Individuais do Seguro
13. Duplicidade de Coberturas
14. Âmbito Territorial da Cobertura
15. Ratificação
16. Registro na SUSEP

Anexo X – Cláusula de Distribuição dos Excedentes Financeiros

1. Objetivo
2. Apuração dos Excedentes
3. Distribuição quanto ao Custeio
4. Receitas
5. Despesas
6. Atualização Monetária
7. Disposições Finais
8. Repasse dos Excedentes Técnicos
9. Ratificação

Anexo XI – Procedimentos para Liquidação de Sinistros Vida em Grupo

1. Documentos
2. Recibos
3. Preenchimento do Aviso de Sinistro (VDI-26)
4. Exemplo de Descrição de Sequelas e Perdas Funcionais
5. Documentos que Qualificam e Habilitam o Beneficiário
6. Caracterização da Cobertura de IPD – Invalidez Permanente Total por Doença

Anexo XII – Glossário Geral

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

1. OBJETIVO DO SEGURO

O objetivo deste seguro é garantir o pagamento do capital segurado, a prestação de serviços e/ou o reembolso, quando cabível, ao próprio Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso ocorra quaisquer dos eventos previstos nas condições e cláusulas deste seguro, desde que tais eventos estejam incluídos nas coberturas contratadas pelo Estipulante e Segurado.

2. DEFINIÇÕES

Contidas no glossário, anexo inseparável das presentes condições.

3. ACEITAÇÃO DO SEGURO

A celebração ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete.

3.1. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente aditivo, observada a ressalva disposta no subitem 21 posterior.

3.2. A proposta escrita deverá conter os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.

3.3. Caberá à sociedade seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a proposta por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

3.4. A adesão à apólice deverá ser realizada mediante a assinatura, pelo proponente, de proposta individual de adesão, para prévia análise de aceitação da seguradora, e desta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

3.4.1. Para a aceitação de que trata o subitem anterior, poderão ser exigidos outros documentos, tais como declaração pessoal de saúde, declaração de atividade laborativa ou exames médicos, correndo as custas às expensas da sociedade seguradora.

3.5. A proposta de adesão de cada proponente integrará o contrato, após sua aceitação pela sociedade seguradora.

3.6. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação da proposta, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

3.7. Caso o proponente do seguro seja pessoa física, a solicitação de documentos complementares, para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, poderá ser feita apenas uma vez, durante o prazo previsto no subitem 3.6 anterior.

3.8. Se o proponente for pessoa jurídica, a solicitação de documentos complementares poderá ocorrer mais de uma vez, durante o prazo previsto no subitem 3.6 anterior, desde que a sociedade seguradora indique os fundamentos do pedido de novos elementos, para avaliação da proposta ou taxação do risco.

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

3.9. No caso de solicitação de documentos complementares para análise e aceitação do risco ou da alteração proposta, conforme disposto nos subitens 3.7 e 3.8 anteriores, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no subitem 3.6 anterior ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação.

3.10. Ficará a critério da sociedade seguradora a decisão de informar ou não, por escrito, ao proponente, ao seu representante legal ou corretor de seguros, sobre a aceitação da proposta, devendo, no entanto, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, ao Corretor/Estipulante, no caso de sua não aceitação, justificando a recusa.

3.11. A ausência de manifestação, por escrito, da sociedade seguradora, nos prazos previstos no subitem 3.6 anterior, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

3.12. Em caso recusa do risco onde tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

3.12.1. A referida quantia será devolvida diretamente em nome do proponente ou deduzida dos prêmios a pagar da próxima fatura, neste último caso, constará a devolução registrada no demonstrativo de fatura respectivo, sendo de responsabilidade do Estipulante sua devolução ao proponente.

3.13. É obrigatória a emissão da apólice e envio ao estipulante, pela sociedade seguradora, no início do seguro. Em cada

uma das renovações subseqüentes seguirá o correspondente aditivo.

3.14. É obrigatória a emissão do certificado individual e envio ao segurado, pela sociedade seguradora no início do seguro e em cada uma das renovações subseqüentes.

3.15. A emissão da apólice, do certificado ou dos aditivos Será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data de aceitação da proposta.

3.15.1. O disposto no subitem 3.14 anterior não se aplica no caso de seguro de pessoas com capital global.

3.16 O certificado de que trata o subitem 3.14 anterior deverá conter os seguintes elementos mínimos, além daqueles previstos nas demais legislações que abordem o tema:

a) data de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes; e

b) capital segurado de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes, além do prêmio total.

3.17. Caberá ao diretor responsável pelos controles internos ou a outro diretor designado pela sociedade seguradora a responsabilidade pelo cumprimento do disposto neste artigo.

3.18. Não será estabelecida a inclusão nas condições contratuais de cláusula de concorrência de apólices, exceto no caso de coberturas que garantam o reembolso de despesas.

3.19. Não será estabelecida a inclusão nas condições contratuais de cláusula que exija do segurado a comunicação à sociedade Seguradora de contratação posterior de outros seguros de pessoas, com coberturas concomitantes.

3.20. É facultado à sociedade seguradora solicitar, quando da assinatura da proposta ou da solicitação de aumento do

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

valor do capital segurado, para efeito de subscrição, informação do proponente ou do segurado quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

3.21. Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, os prazos previstos no subitem 3.6 anterior serão suspensos, até que o ressegurador se manifeste formalmente sobre a aceitação.

3.21.1 A sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos no subitem 3.6. anterior, deverá informar, por escrito, ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, sobre a inexistência de cobertura.

3.22.2. Na hipótese prevista no subitem anterior, é vedada a cobrança de prêmio total ou parcial, até que seja integralmente concretizada a cobertura de resseguro e confirmada a aceitação da proposta.

3.23. Deficientes Físicos

Os portadores de deficiência física que fizerem parte do grupo segurável estarão aceitos em todas as coberturas, todavia, ficando excluídos de cobertura os riscos relacionados na alínea f do item 7 posterior.

3.24. As condições contratuais do seguro deverão estar à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva proposta de contratação, no caso de plano individual, ou da proposta de adesão, no caso de plano coletivo, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das condições contratuais.

3.25. No Seguro de Pessoas, a apólice ou bilhete não podem ser ao portador.

3.26. A data de aceitação da proposta será aquela em que a seguradora se manifestar formalmente ou a de término dos prazos previstos no subitem 3.6 anterior, nesta última hipótese, em caso de ausência de manifestação formal em contrário, por parte da seguradora.

3.27. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

Somente serão aceitos no grupo segurado os proponentes pertencentes ao grupo segurável, isto é, que de qualquer modo se vinculem ao Estipulante, que estejam em gozo de boa saúde e em plena atividade profissional, observados os limites de idade e de capitais segurados, e que tiverem preenchido e assinado a proposta individual de adesão, com a Declaração Pessoal de Saúde (DPS), quando exigida, o que será ratificado nas Condições Particulares da apólice. A aceitação do Segurado fica condicionada à análise, pela Seguradora e a seu critério, da proposta individual de adesão.

3.27.1. O vínculo de que trata o subitem anterior deverá estar de forma clara e objetiva, definido na Proposta Mestre de Contratação.

3.27.2. Para a contratação do seguro sobre a vida dos outros, o proponente é obrigado a declarar, sob pena de falsidade, o seu interesse pela preservação da vida da pessoa que deseja segurar. Até prova em contrário, presume-se o interesse quando a pessoa a quem se deseja segurar é cônjuge, ascendente ou descendente do interessado.

3.27.3. Nos seguros não-contributários, todos os dirigentes, empregados ou associados do Estipulante serão incluídos na apólice, excetuando-se apenas as pessoas

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

impedidas de serem seguradas e àquelas que se manifestarem expressamente contra sua inclusão no seguro.

3.27.4. Podem ser aceitos na Cobertura Básica e em todas as cláusulas Adicionais e Especiais, mediante prévio acordo entre as partes, os aposentados por tempo de serviço que estejam em perfeitas condições de saúde, o que constará das Condições Particulares da apólice.

3.27.4.1. O aposentado somente será mantido no seguro enquanto seu prêmio for pago por intermédio do Estipulante.

3.27.5. Se o Segurado houver sido aceito no seguro com idade acima do limite fixado na apólice, por motivo de inexatidão na informação de sua idade ou data de nascimento, por qualquer motivo, seu seguro será considerado nulo, sem direito a qualquer devolução de prêmio, ainda que a constatação do erro na idade aconteça quando ocorrer algum evento coberto pela apólice.

3.27.6. O plano coletivo deverá estar disponível a todos os componentes do grupo que atendam as condições previstas nas Condições Particulares da apólice, para ingresso no grupo segurado.

3.27.7. No caso de recepção de grupo de segurados e assistidos originada em processo de migração de apólices, deverão ser admitidos todos os componentes do grupo cuja cobertura esteja em vigor, inclusive aqueles afastados do serviço ativo, por acidente ou doença. Para fins do presente, a “migração de apólices”, tem seu conceito definido no glossário.

3.27.8. No caso de recepção de grupo de segurados e assistidos não originada em processo de migração de apólices, a aceitação dos afastados é facultativa e está condicionada a prévia análise e

aceitação da Seguradora. Para tal fim necessário se faz o envio das seguintes informações: Nome, CPF, CID-10, capital Segurado, data de nascimento, data de afastamento.

4. ESTIPULAÇÃO DE SEGUROS

Estipulante é a pessoa física ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido dos poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras.

4.1. As apólices coletivas em que o estipulante possua, com o grupo segurado, exclusivamente, o vínculo de natureza securitária, referente à contratação do seguro, serão consideradas apólices individuais, no que concerne ao relacionamento dos segurados com a sociedade seguradora, devendo sua contratação respeitar a forma específica para o ramo, cujas condições diferem-se daquelas previstas para o Seguro coletivo e não estão amparadas pelo presente contrato.

4.2. O Seguro de Pessoas pode ser estipulado por pessoa natural ou jurídica, em proveito de grupo que a ela, de qualquer modo se vincule, ressalvado o disposto no subitem 4.3. posterior. O Estipulante não representa a Seguradora perante o grupo segurado, porém é o único responsável para com a mesma, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais.

4.2.1. Para fins de interpretação das presentes Condições Gerais, as referências ao Estipulante, aplicam-se aos subestipulantes.

4.3. Fica expressamente vedada a atuação como estipulante de:

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

a) Corretoras de seguros, seus sócios, dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes;

b) Corretores; e

c) Sociedades seguradoras, seus dirigentes, administradores, empregados, prepostos ou representantes.

4.4. A vedação estabelecida no subitem

4.3. anterior não se aplica aos empregadores que estipulem seguro em favor de seus empregados.

4.5. Não é considerada estipulante a pessoa jurídica que, sem ter subscrito proposta de contratação, tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável exclusivamente pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento do respectivo segurado e o conseqüente repasse em favor da sociedade Seguradora.

4.6. O pedido expresso de cancelamento da autorização para desconto em folha de pagamento por parte do segurado retira do estipulante ou consignante a obrigatoriedade de cobrança e repasse do respectivo prêmio, a partir do mês seguinte ao comunicado expresso do segurado. É de exclusiva responsabilidade do Estipulante que for responsável pela arrecadação dos prêmios para o posterior repasse à Seguradora cancelar o desconto em folha de pagamento do prêmio relativo às contribuições do segurado que manifestar seu desinteresse na continuidade do seguro.

4.7. Em caso de perda de vínculo com o estipulante, desde que haja previsão contratual prévia, expressa nas Condições Particulares da apólice, o segurado poderá ser mantido no plano, nas condições comerciais especiais previstas na apólice para tal fim, assumindo, a partir dessa

data, o custeio integral das respectivas coberturas ou tendo ajustado o valor do capital segurado à parcela do custeio sob sua responsabilidade.

4.8. No contrato deverá ser claramente estabelecida a relação entre o estipulante e a sociedade seguradora, o que constará das Condições Particulares da apólice.

4.9. É expressamente vedado ao Estipulante:

a) cobrar, dos segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela sociedade seguradora;

b) rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, $\frac{3}{4}$ três quartos do grupo segurado;

c) efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e

d) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

4.10. Dos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos segurados deverão constar, explicitamente, o prêmio do seguro, a sociedade seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios, e a informação, em destaque, de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro.

4.11. O pagamento de prêmios de seguros efetuados por meio de desconto em folha deverá ser registrado em rubrica específica pela sociedade seguradora garantidora do risco ou, no caso de co-seguro, pela seguradora líder.

4.12. Se o segurado dispuser de mais de um contrato de seguro com a mesma sociedade seguradora, os valores

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

referentes a cada contrato devem estar discriminados no instrumento de cobrança, mesmo quando o sistema de pagamento for o previsto no subitem 4.11 anterior.

4.13. Quando houver recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante ou a Sociedade Seguradora, a qualquer título, é obrigatório o destaque no documento utilizado na cobrança do valor do prêmio do seguro.

5. OBRIGAÇÕES

5.1. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE:

- a) fornecer à sociedade seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por àquela, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a sociedade seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, nos termos dos subitens 4.10, 4.11 e 4.12 anteriores, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;

h) comunicar, de imediato, à seguradora, 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;

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

j) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

l) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

m) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da sociedade seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

n) comunicar formal e expressamente à Seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, como a mudança do ramo de atividade, do tipo de vínculo entre Estipulante e segurados, e/ou da localização do risco, bem como quaisquer situações que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que silenciou de má-fé.

5.1.2. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à sociedade seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, acarretará a suspensão ou o cancelamento da cobertura, e sujeita o estipulante ou subestipulante às cominações legais.

5.2. OBRIGAÇÕES DA SEGURADORA:

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

a) incluir no contrato de seguro todas as obrigações do estipulante, de acordo com determinação da SUSEP;

b) informar ao segurado a situação de adimplência do estipulante ou subestipulante, sempre que lhe for solicitada.

c) prestar ao estipulante, e a cada componente do grupo segurado, todas as informações necessárias ao perfeito acompanhamento do plano de seguro.

5.2.1. Na hipótese de pagamento de qualquer remuneração ao estipulante, é obrigatório constar, do certificado individual e da proposta de adesão, o seu percentual e valor, devendo o segurado ser informado sobre os valores monetários deste pagamento sempre que nele houver qualquer alteração.

5.3. OBRIGAÇÕES DO SEGURADO

5.3.1. O Segurado e a Seguradora são obrigados a guardar na conclusão e na execução da apólice a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ela concernentes.

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

5.3.3. A mudança de profissão/ atividade, alteração de residência fixa para outro país ou a prática de esportes violentos ou de risco voluntário, tais como, exemplificativa, mas não exclusivamente como: esportes aéreos, náuticos a motor, lutas e artes marciais, competição automobilística, o exercício de atividades amadora ou profissional a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres e/ou perigosos,

são exemplos de incidentes suscetíveis de agravar o risco coberto, e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que houve silêncio de má fé. A comunicação desses incidentes é necessária tanto para o Segurado Principal quanto para o Segurado Cônjuge, quando incluído no Seguro.

5.4. Comunicada pelo Estipulante ou Segurado de qualquer incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, conforme alínea n do subitem, 5.1. anterior, ou subitem 5.3.3 anterior, a Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do comunicado expresso para, por escrito, dar ciência ao Estipulante ou Segurado, conforme for o caso, de sua decisão de cancelar a apólice.

5.5. O cancelamento mencionado no subitem 5.4. anterior só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação da Seguradora, devendo ser restituída pelo Segurador a diferença do prêmio, se houver, relativo ao período em que a cobertura não mais vigorará.

6. GARANTIAS DO SEGURO

Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos àqueles expressamente convencionados nas cláusulas anexas à presente apólice, devidamente ratificados nas Condições Particulares, que dela fazem parte integrante e inseparável, e que, salvo expressa menção em contrário, ocorram em todo o globo terrestre.

6.1. As coberturas do seguro de pessoas são divididas em básicas e adicionais.

6.2. A contratação de qualquer cobertura adicional ou especial fica condicionada à

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

contratação da cobertura básica (morte qualquer causa).

6.3. A cobertura de IFPTD – Invalidez funcional Permanente total por Doença só pode ser contratada em conjunto com a cobertura de IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

6.4. As cláusulas suplementares de inclusão de cônjuge e filhos não são extensivas à cobertura de IFPTD – Invalidez funcional Permanente total por Doença.

7. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos da cobertura básica, bem como de todas as coberturas adicionais e especiais deste seguro, os eventos ocorridos em consequência de:

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

b) 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, terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e deles decorrentes;

c) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento prévio dos Segurados, e não declaradas na proposta individual de adesão, quando esta é exigida;

d) o suicídio, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos de vigência individual do seguro, ou do aumento espontâneo e individual de seu capital segurado;

e) danos morais;

f) Para portadores de deficiência física: lesões e/ou doenças relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes, devidamente evidentes como direta e/ou indiretamente relacionadas à causa da deficiência física e/ou às suas repercussões, assim como, as condições clínicas advindas de qualquer complicação, em qualquer tempo, inclusas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos e ainda, as lesões e disfunções de

qualquer natureza e expressão e suas respectivas consequências, também em qualquer tempo, que tenham sido induzidas, precipitadas e/ou facilitadas pela deficiência física do segurado e/ou por quaisquer de suas interdependências patológicas e/ou disfuncionais, mesmo que temporárias, preexistentes.

7.1. A seguradora não se eximirá ao pagamento do capital segurado, quando a morte ou a incapacidade do segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

7.1.1. A omissão do Segurado quanto à informação da prática de esportes violentos, quando do preenchimento da proposta individual de adesão, se esta lhe foi exigida, ou de quando iniciou sua prática, se posterior à contratação, é causa ensejadora de perda do direito ao pagamento do capital Segurado.

7.2. O contrato será considerado nulo para a garantia de risco proveniente de ato doloso do segurado, do(s) beneficiário(s), ou de representante de um ou de outro.

7.3. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, são excluídos os danos

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes.

8. INCLUSÃO DE DEPENDENTES

Podem ser incluídos neste seguro como dependentes do Segurado Principal: cônjuge e filhos/enteados do Segurado Principal e aqueles considerados dependentes pela legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social, **desde que tais dependentes não pertençam ao grupo segurável principal. Quando os segurados principais tiverem dependentes comuns, estes serão incluídos, uma única vez, pelo Segurado cuja soma de capital segurado nas garantias básicas for maior. A indenização por morte do dependente é devida ao Segurado Principal.**

8.1. Para fins do presente seguro também são considerados cônjuges as(os) companheiras(os) que, por força da legislação, adquirirem as prerrogativas de cônjuge.

8.2. De acordo com o produto comercializado, outras categorias de dependentes poderão constituir grupo segurável de apólice coletiva, tais como pais, sogros, tios, irmãos, filhos de maior idade e outros, o que constará expressamente das Condições Especiais do produto.

8.3. Para os 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.

8.4. Os capitais segurados do componente dependente, em quaisquer garantias, não

podem ser superiores ao do componente principal.

9. CAPITAL SEGURADO

Entende-se como capital segurado o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela sociedade seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

9.1. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, quando da liquidação dos sinistros:

- a) para as coberturas de acidentes pessoais, a data do acidente;
- b) para a cobertura de risco por invalidez, não conseqüente de acidente, a data indicada na declaração médica;
- c) para as demais coberturas de risco, a data da ocorrência do evento coberto, conforme definido nas condições especiais, ressalvado o disposto nas alíneas **a** e **b** anteriores.

9.2. Nos planos coletivos, para cada grupo pode haver uma ou mais classes de capitais segurados, devendo a respectiva escala ser fixada em função de fatores objetivos, o que constará das condições Particulares da apólice, tais como:

- a) capital livre escolha definido em tabela de adesão;
- b) múltiplo salarial,
- c) capital único ou fixo,
- d) escalonado por idade,
- e) escalonado por faixa salarial,
- f) escalonado por categoria funcional.

9.3. A aceitação, pela sociedade seguradora, de estabelecimento de capital segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento da indenização, independentemente das penalidades cabíveis

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

9.4. Nos seguros em que o segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da sociedade seguradora do valor do capital segurado contratado sem a devida solicitação expressa do segurado.

9.5. Todos os valores deverão ser expressos em moeda corrente nacional, estando vedada a utilização de qualquer outra unidade monetária.

9.6. No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

9.7. O valor do Capital Segurado (limite máximo individual de garantia da apólice) de cada componente, em cada cobertura, representa o valor máximo a ser pago pela Seguradora no caso de realização do evento coberto.

9.8. Os critérios de fixação e reajuste dos capitais, seus mínimos e máximos, bem como períodos de aplicação serão estabelecidos nas Condições Particulares da apólice, observando-se os seguintes parâmetros:

- a) Na data determinada pela Convenção Coletiva de Trabalho;
- b) No período e índice acordados entre as partes e ratificados nas Condições Particulares;
- c) Não desejado pelo Estipulante.

9.9. Nos seguros de pessoas, o capital segurado é livremente estipulado pelo Segurado Principal, observando-se o critério de capital e o limite acordados entre as partes e estabelecidos nas condições particulares da apólice, podendo haver contratação de seguro, sobre o mesmo interesse, com a mesma seguradora, ou seguradores diversos.

9.10. O reajuste do limite máximo de garantia da apólice do aposentado, quando incluído na

apólice, será feito de acordo com os mesmos critérios estabelecidos para os Segurados ativos, como se o aposentado estivesse em atividade, salvo tratativas em contrário, que constarão expressamente das Condições Particulares da apólice.

9.10.1. O reajuste do limite máximo de garantia da apólice do segurado afastado, quando incluído na apólice, será feito de acordo com os mesmos critérios estabelecidos para os Segurados ativos, como se o afastado estivesse em atividade, salvo tratativas em contrário, que constarão expressamente das Condições Particulares da apólice.

9.11. Quando o limite máximo de garantia da apólice da cobertura básica for fixado em múltiplo do salário mensal do Segurado, os capitais segurados e prêmios serão corrigidos na mesma data e na mesma proporção em que for reajustado o salário de cada Segurado, respeitado o capital máximo da apólice, que poderá ser revisto mediante prévia tratativa entre as partes.

9.12. Os Seguros de Pessoas deverão conter Cláusula de atualização anual de valores, com base em índice, pactuado entre Estipulante e Segurador, escolhido dentre aqueles previstos em regulamentação específica expedida pela SUSEP, o que constará das Condições Particulares da apólice.

9.12.1. O índice e a periodicidade de atualização de valores deverão constar das condições gerais, das condições particulares da apólice e das propostas.

9.13. Os capitais segurados, prêmios, benefícios e contribuições serão atualizados na data de aniversário da contratação, com base no índice pactuado.

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

9.14. Observado o estabelecido no subitem 9.12 anterior, fica facultado o estabelecimento de outra data-base, desde que os valores contratualmente previstos estejam atualizados até essa outra data-base e, a partir de então, respeitada a periodicidade anual.

9.15. Caso o Estipulante não concorde com a atualização dos capitais Segurados na forma prevista pelo subitem 9.12, deverá formalizar comunicado à Seguradora.

9.16. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio ou da contribuição for anual, os capitais segurados, pagáveis por morte ou invalidez, deverão ser atualizados pelo índice pactuado, desde a data da última atualização do prêmio, até a data de ocorrência do respectivo evento gerador.

9.17. No período que anteceder a concessão do capital Segurado e nos planos de regime financeiro de repartição, será facultada a adoção de cláusula de recálculo do capital segurado, segundo fatores objetivos expressos nas condições particulares da apólice.

9.17.1. A cláusula a que se refere o subitem anterior estabelecerá, de forma objetiva, a periodicidade utilizada para o recálculo dos valores. O que constará das Condições Particulares da apólice.

9.18. O capital Segurado, de acordo com o plano de seguro contratado, será pago sob a forma de renda ou de pagamento único, o que constará expressamente das condições particulares.

9.19. No seguro de pessoas para o caso de morte, o capital eventualmente estipulado não está sujeito às dívidas do segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.

9.20. O pagamento do capital segurado não pode ultrapassar o valor do interesse

segurado no momento do sinistro, e, em hipótese alguma, o limite máximo individual de garantia fixado na apólice, salvo em caso de mora do segurador.

10. ÂMBITO GEOGRÁFICO DE COBERTURA

No corpo de cada Cobertura Adicional ou cláusula Suplementar estará definido o âmbito geográfico de cobertura, ratificado ainda nas Condições Particulares da apólice.

10.1. Em qualquer hipótese, só estarão garantidos os segurados com residência fixa no Brasil.

11. CARÊNCIAS E FRANQUIAS

Carência é o período de tempo que o Segurado fica privado de gozar da(s) cobertura(s) do seguro. No seguro de vida para o caso de morte é lícito estipular-se um prazo de carência, durante o qual o segurador não responde pela ocorrência do sinistro.

11.1. Franquia é um valor inicial da importância segurada, pelo qual o segurado fica responsável como segurador de si mesmo, podendo ser simples ou dedutível. Para fins do presente seguro a franquia é dedutível.

11.2. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não poderá ser estabelecido prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

11.3. Não poderá ser estabelecida franquia para as coberturas de morte e Invalidez permanente.

11.4. O plano de seguro poderá estabelecer prazo de carência, respeitado o limite de dois anos.

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

11.5. O prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo certificado, no caso de contratação coletiva.

11.6. Os prazos de carência ou franquia, quando previstos pelo plano de seguro, constarão, no caso de planos coletivos, das Condições Particulares, da proposta mestra de contratação e da proposta individual de adesão.

11.7. Não se aplica a devolução de prêmios em caso de morte do segurado durante o prazo de carência, tendo em vista a forma de regime financeiro do presente seguro, que é regido por repartição simples.

11.8. Para todas as Cláusulas de Coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no seguro.

11.9. O prazo de carência será aplicado aos aumentos de capital segurado solicitados após o início de vigência, efetuados a qualquer título.

11.10. Em caso de renovação de apólice, não será iniciado novo prazo de carência.

11.11. No caso de migração de apólices, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

11.12. Os critérios para fixação de carência e franquia, seus prazos e períodos, quando previstos, devem ser idênticos para os segurados de uma mesma apólice.

12. PAGAMENTO DO PRÊMIO

Fica entendido e ajustado que qualquer pagamento do capital segurado, prestação de

serviço ou realização de reembolso por força do presente contrato somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo Segurado, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para este fim no documento de cobrança.

12.1. O tipo de custeio de prêmio deste seguro, item expressamente ratificado nas Condições Particulares da presente apólice, classifica-se em:

a) contributário - é o seguro em que os Segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente;

b) não-contributário - é o seguro em que os Segurados não pagam o prêmio, recaindo o ônus do seu pagamento totalmente sobre o Estipulante;

c) Parcialmente contributário – é o seguro em que os Segurados e o estipulante participam do custeio do seguro, assumindo percentuais livremente pactuados entre as partes. Esta modalidade equivale ao seguro contributário.

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

12.3. É previsto fracionamento do prêmio, que poderá ser pago de 2 a 10 parcelas mensais e consecutivas.

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

12.5. Deverá ser garantido ao segurado, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas, com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados, se houver.

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

12.6. A data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de vigência da apólice.

12.7. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subseqüentes à primeira, o prazo de vigência da cobertura será ajustado em função do prêmio efetivamente pago, observada, no mínimo, a fração prevista na tabela de

12.9. TABELA

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365

12.9.1. Para os percentuais não previstos na tabela constante do subitem 12.9 anterior, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

12.10. A sociedade seguradora deverá informar ao segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, conforme hipótese prevista no subitem 12.7 anterior.

12.11. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido

prazo curto especificada no subitem 12.9 posterior.

12.8. Nos casos de fracionamento de prêmios, quando o pagamento da indenização acarretar o cancelamento do seguro, as parcelas vincendas do prêmio deverão ser deduzidas do valor da indenização, excluído o adicional de fracionamento, se for previsto.

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

neste artigo, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

12.12. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no subitem 12.7 anterior, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro.

12.13. No caso de fracionamento em que a aplicação da tabela de prazo curto não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura, a sociedade seguradora poderá cancelar o contrato ou suspender

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

sua vigência, sendo vedada a cobrança de prêmio pelo período de sua suspensão, em caso de restabelecimento do contrato.

12.14. O disposto no subitem anterior não se aplica aos planos cujo custeio do prêmio se dê sob a forma mensal.

12.15. O plano não prevê atualização monetária em caso de atraso no pagamento do prêmio, conforme subitem 22 posterior.

12.16. O plano prevê multa por atraso no pagamento do prêmio, conforme subitem 22.4 posterior.

12.17. O plano prevê juros por atraso no pagamento do prêmio, conforme subitem 22.4 posterior.

12.18. Fica entendido e acordado que nos seguros, os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

12.19. A data limite para pagamento do prêmio é o último dia útil do mês relativo ao período de cobertura a que o mesmo se referir. Se o prêmio não for pago até a data limite, o Estipulante poderá pagá-lo até o último dia útil do mês seguinte, porém atualizado e corrigido com multa e juros de mora, desde a data limite, conforme subitens 22 e 22.4 posteriores.

12.20. Nos planos em que haja alteração de taxas por faixa etária, os prêmios serão alterados de acordo com o subitem 13.1 posterior.

12.21. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à sociedade seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da sociedade seguradora, e sujeita o estipulante ou subestipulante às cominações legais.

12.22. Quando o plano de seguro for contratado com previsão de consignação em

folha, na forma do subitem 4.5 anterior, a ausência do repasse à Sociedade Seguradora dos prêmios recolhidos pelo consignante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere a cobertura e demais direitos oferecidos.

12.23. O Prêmio, quando pago, total ou parcialmente pelo estipulante, deverá ter o respectivo valor considerado e tratado de forma individualizada, segurado a segurado.

12.24. A sociedade seguradora poderá delegar ao estipulante o recolhimento dos prêmios, **ficando este responsável por seu repasse à sociedade seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos.**

12.25. Os valores devidos a título de devolução de prêmios pelas sociedades seguradoras sujeitam-se à atualização monetária pela variação do índice estabelecido no **subitem 22 posterior**, a partir da data em que se tornarem exigíveis.

12.25.1. No caso de cancelamento do seguro, os valores de que trata subitem anterior serão exigíveis a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento ou a data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da sociedade seguradora.

12.25.2. No caso de recebimento indevido de prêmio pela sociedade seguradora, os valores de que trata o subitem 12.25 anterior serão exigíveis a partir da data de recebimento do prêmio ou contribuição.

12.26. A cobrança do prêmio à vista ou parcelada será efetuada por meio de documento emitido pela sociedade seguradora.

12.26.1. A sociedade seguradora encaminhará o documento a que se refere o subitem anterior diretamente ao segurado ou ao seu representante, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, ao corretor

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

de seguros, observada a antecedência mínima de 5 (cinco) dias úteis, em relação à data do respectivo vencimento.

13. CRITÉRIO DE TAXAÇÃO

Qualquer alteração de taxas de seguro, ainda que o plano preveja cláusula de reavaliação de taxas do Seguro, por implicar em ônus aos segurados, dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

13.1. Os Segurados pertencentes a apólices regidas pelo critério de taxaço por faixa etária que mudarem de faixa na data de seus aniversários terão seus prêmios automaticamente reenquadrados à nova taxa da faixa etária imediatamente posterior, conforme tabela de adesão apresentada no ato da contratação do presente seguro e reproduzida nas Condições Particulares da Apólice. Os segurados que ultrapassarem a idade limite estabelecida na tabela e permanecerem na apólice terão seus prêmios reajustados, anualmente, por ocasião de seus aniversários, em percentual também estabelecido na tabela de adesão e constante das Condições Particulares da apólice.

13.2. A(s) taxa(s) deste seguro será(ão) calculada(s) de acordo com as normas vigentes para o Seguro Vida em Grupo, e de acordo com a Tábua de Mortalidade indicada nas Condições Particulares da presente apólice.

13.3. A Seguradora adotará uma taxa média final única ou taxas por faixa etária, englobando a taxa da cobertura básica e as taxas das coberturas adicionais.

13.4. Para o cálculo da taxa média única ou taxa por faixa etária, a idade de cada Segurado será considerada em anos inteiros

no aniversário mais próximo da data do cálculo.

13.5. No cálculo das taxas considerar-se-á o limite máximo de garantia individual, a idade, o sexo, a ocupação e o local de residência de cada Segurado.

13.6. Nos seguros regidos por taxa média, no período acordado e determinado nas Condições Particulares da apólice a seguradora fará a revisão da taxa com base nos seguintes critérios:

a) ATUARIAL:

Recálculo de taxas com base no grupo atual, capitais e idades.

b) COM BASE NA SINISTRALIDADE:

Será estabelecido na apólice o percentual de sinistralidade máxima esperada em função das características do grupo. Caso a sinistralidade real ultrapasse a sinistralidade máxima esperada, será calculado um fator de reajuste com base na seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Sinistralidade Real}}{\text{Sinistralidade Esperada}} = \text{Fator De Reajuste}$$

13.6.1. A sinistralidade esperada será definida de acordo com os carregamentos previstos na apólice, o IBNR, e a DA, acrescidos de, no mínimo, 10% de margem de segurança e lucro.

13.6.2. O critério de revisão a ser sugerido levará em conta o fator obtido com base no cálculo da divisão da sinistralidade real pela esperada. Se este for superior a 1,5 o critério de reajuste será proposto com base no cálculo atuarial da taxa. Se, todavia, o fator for inferior a 1,5, o reajuste será proposto com base no próprio fator obtido.

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

13.6.3. Se o fator for igual o menor que 1 não haverá aumento ou redução de taxa.

13.6.4. Em qualquer hipótese, será sempre observada a regra de alteração contratual prevista no item 21 posterior.

13.7. A Seguradora adotará uma taxa média final única ou taxas por faixa etária. Se, na implantação da apólice por taxa média diferenças de idade forem constatadas entre o grupo analisado para estudo e o grupo enviado para a implantação, a ponto de alterar a taxa originalmente proposta, a nova taxa encontrada será adotada de imediato.

Constatada qualquer insuficiência de taxa, a Seguradora cobrará ao Estipulante a conseqüente insuficiência nos prêmios passados, se tal insuficiência for superior a 5%.

13.8. Na fixação de taxa média final, única ou por faixas etárias, serão considerados, ainda, os carregamentos para cobrir os custos operacionais da Seguradora, as comissões de intermediação e o pró-labore do Estipulante, se existentes.

13.9. O carregamento estabelecido não poderá sofrer aumento durante a vigência da apólice, ficando sua redução a critério da sociedade seguradora.

13.9.1. Quando houver redução do carregamento, na forma prevista pelo subitem anterior, o novo valor deverá ser estendido a todos os segurados do plano individual ou sujeitos à mesma apólice coletiva.

13.10. O prêmio de cada Segurado corresponderá à taxa média final, ou a taxa de sua faixa etária, vezes o seu limite máximo individual de garantia fixado na cobertura básica da apólice.

13.11. O Estipulante obriga-se a prestar, à Seguradora, todas as informações

necessárias ao cálculo das taxas deste Seguro.

14. BENEFICIÁRIOS

São as pessoas físicas ou jurídicas designadas para receber os valores dos capitais segurados na ocorrência do sinistro. Cada Segurado deverá indicar, na Proposta Individual de Adesão ou em formulário apropriado, seu(s) beneficiário(s), isto é, a pessoa ou pessoas a quem deverá ser pago o Capital Segurado em caso de sua morte.

14.1. Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação do beneficiário, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

14.1.1. Se o Segurador não for cientificado oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital segurado ao antigo beneficiário.

14.2. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

14.2.1. Na falta das pessoas indicadas no item 14.2 anterior, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

14.3. É válida a instituição do companheiro como beneficiário, **se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.**

14.4. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

14.5. Uma pessoa jurídica só poderá ser beneficiária de um contrato de seguro de pessoas se comprovado legítimo interesse para a mesma figurar nesta condição.

14.6. Inexistindo a indicação de beneficiários por parte do Segurado Principal, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o pagamento do capital segurado será efetuado conforme Legislação em vigor, apresentada no quadro abaixo:

BENEFICIÁRIOS		
1	Segurado(a) casado, que não possua descendentes ou ascendentes	100% ao cônjuge.
2	Segurado(a) casado, que possua descendentes da união atual e/ou de uniões anteriores	50% ao cônjuge, independentemente do regime de casamento, e os outros 50% serão pagos conforme artigo 1.845, 1829 e inciso I c/c 1832 do CC, ou seja: I) Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime da comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares. II) Na hipótese do cônjuge estar em concorrência com os descendentes caberá ao cônjuge quinhão igual aos dos que sucederem por cabeça, não podendo a sua quota ser inferior à quarta parte da herança, se for ascendente dos herdeiros com quem concorrer.
3	Segurado(a) casado, que não possua descendentes e possua ascendentes	50% ao cônjuge, independentemente do regime de casamento, e os outros 50% serão pagos conforme artigo 1829 e inciso II c/c 1836 e 1837 do CC, ou seja: I) Aos ascendentes em concorrência com o cônjuge. II) Concorrendo com ascendente em primeiro grau, ao cônjuge tocará 1/3 (um terço) do capital Segurado, todavia, caber-lhe-á a metade deste se houver um só ascendente, ou se maior for àquele grau (avós).
4	Segurado solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), com companheiro(a) legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e que não possua descendentes ou ascendentes	100% ao companheiro(a).

**SEGURO DE PESSOAS****CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92**

5	Segurado solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), com companheiro(a) legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes, que possua descendentes da união atual e/ou de uniões anteriores	50% ao companheiro(a) e os outros 50% serão pagos conforme artigo 1829 e inciso I c/c 1832 do CC, ou seja: I) Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime da comunhão universal, ou no da separação obrigatória de bens; ou se, no regime da comunhão parcial, o autor da herança não houver deixado bens particulares. II) Na hipótese do cônjuge estar em concorrência com os descendentes caberá ao cônjuge quinhão igual aos dos que sucederem por cabeça, não podendo a sua quota ser inferior à quarta parte da herança, se for ascendentes dos herdeiros com quem concorrer.
6	Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e com descendentes.	100% aos descendentes, divididos em partes iguais.
7	Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes, sem descendentes e com ascendentes.	100% aos ascendentes, divididos em partes iguais.
8	Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e sem descendentes ou ascendentes.	100% aos colaterais.
9	Solteiro(a), viúvo(a), separado(a) judicialmente, divorciado(a), sem companheiro(a) ou com companheiro(a) não legalmente reconhecido(a) conforme as leis vigentes e sem descendentes, ascendentes ou colaterais.	100% àqueles que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.
10	Considerações Finais	Somente é reconhecido o direito sucessório, e consequentemente a qualidade de beneficiário do cônjuge sobrevivente, se esta lhe couber, se ao tempo da morte do Segurado Principal não estavam separados judicialmente, nem separados de fato há mais de 2 (dois) anos, salvo prova, neste caso, de que esta convivência se tornara impossível sem culpa do cônjuge sobrevivente.

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

15. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Para o recebimento do pagamento do capital segurado, o Segurado ou o beneficiário deverá apresentar à Seguradora, por intermédio do Estipulante, o formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido, os documentos comprobatórios do sinistro e os documentos pessoais do Segurado e/ou beneficiário, de acordo com o Manual de Procedimentos para Liquidação de Sinistro, anexo a estas Condições Gerais.

15.1. Os pagamentos relativos às coberturas garantidas têm o prazo máximo limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de todos os documentos básicos.

15.1.1. No caso de solicitação de documentação e/ou informação complementar, o prazo de que trata o subitem anterior será suspenso, voltando a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

15.1.2. O não pagamento da indenização no prazo previsto nos subitens 15.1 e 15.1.1 anteriores, implicará na aplicação de juros de mora a partir desta data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.

15.1.3. Os sinistros cujos pagamentos sejam efetuados dentro do próprio mês do evento não sofrerão correção.

15.2. O pagamento da indenização poderá ser realizado sob a forma de parcela única ou de renda, nos termos definidos nas Condições Particulares da Apólice.

15.3. O plano de seguro poderá admitir a hipótese de substituição do pagamento da indenização em dinheiro por pagamento em bens ou serviços, desde que expressamente solicitada pelo segurado ou beneficiários.

15.4. Reconhecida a invalidez pela sociedade seguradora, a indenização deve ser paga de uma só vez ou sob a forma de renda certa, temporária ou vitalícia, em prestações mensais, iguais e sucessivas, conforme acordado entre as partes o que constará expressamente das Condições Particulares da apólice.

15.4.1. Após o pagamento da indenização ou da primeira parcela, quando paga sob a forma de renda, conforme previsto no subitem anterior, o segurado será automaticamente excluído da apólice, conforme estruturação técnica do plano, com a consequente devolução de valores eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados nos termos da regulamentação específica.

15.5. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

15.5.1 A junta médica de que trata o subitem anterior será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

15.5.4. Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

15.6. Faculta-se às sociedades seguradoras, no caso de dúvida fundada e justificável, a solicitação de outros documentos.

15.7. Poderá ser solicitado o comprovante do último prêmio quitado para fins de verificação de cobertura, se o pagamento foi efetuado dentro do prazo de vencimento ou dentro do prazo de suspensão, porém anterior a data do sinistro. Fica vedada a exigência de comprovantes de quitação relativo a outros meses.

15.8. Para o recebimento do pagamento de qualquer capital Segurado, a prestação de serviços e/ou o reembolso quando cabível, o Segurado ou seu beneficiário comunicará o sinistro à seguradora, logo que o saiba, observados os seguintes prazos:

a) Prescreve em 1 (um) ano a pretensão do segurado contra o segurador, ou deste contra àquele, contado o prazo a partir da data de caracterização do evento.

b) Prescreve em 3 (três) anos a pretensão do beneficiário contra o segurador, contado o prazo a partir da data de caracterização do evento.

15.9. O pagamento da indenização não está condicionado a nenhuma restrição temporal adicional. Em qualquer hipótese os prazos previstos em lei serão analisados diante das situações concretas.

15.10. O Estipulante, Corretor, Segurado e/ou beneficiários deverão comunicar à Seguradora, de imediato, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, assim que tiver conhecimento, não sendo estabelecido prazo máximo para comunicação.

15.11. O não pagamento da indenização no prazo previsto nos subitens 15.1 e 15.1.1 anteriores, implicará na aplicação de juros de mora, sem prejuízo de sua atualização.

15.12. Os juros de mora citados no subitem 15.11 anterior estão fixados no subitem 22.4 posterior.

15.13. A forma de aplicação dos juros de mora 15.11 anterior estão fixados no subitem 22.4 posterior.

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

15.15. A coberturas de invalidez garantidas através das cláusulas adicionais do presente contrato devem ser comprovadas através de declaração médica, observando-se o disposto nos subitens 15.15.1, 15.15.2, 15.15.3 e 15.15.4 posteriores.

15.15.1. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de invalidez que se enquadre com os conceitos cobertos pelas coberturas reclamadas.

15.15.2. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados, além dos documentos contidos no manual de sinistro, os seguintes documentos específicos:

a) Relatório do médico-assistente do Segurado indicando e detalhando:

· o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

permanentes, de acordo com os conceitos cobertos pelas coberturas reclamadas.

b) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico Incapacitante irreversível, em linha com as informações requisitadas no item anterior.

15.15.3. O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Sociedade Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

15.5.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente, para fins de doença ou acidente.

15.16. A tramitação do inquérito policial não é causa de indeferimento para o pagamento da indenização.

15.17. É vedado o condicionamento do pagamento da indenização à apresentação de documentos relacionados à tramitação e/ou conclusão de inquérito policial, o que não implica da proibição da solicitação desses documentos, quando existirem e quando forem necessários ao esclarecimento das circunstâncias do sinistro, para a confirmação de cobertura técnica.

15.18. A sociedade seguradora verificará somente a regularidade da representação quando o pagamento da indenização devido não for efetuado diretamente ao beneficiário, sem a exigência de alvará judicial.

15.19. Não serão exigidas certidões de nascimento atualizadas para fins de liquidação de sinistros.

15.20. Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que

envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da sociedade seguradora.

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

15.22. Considerando a hipótese da transformação da indenização em renda, a taxa de juros deverá observar o limite máximo de 6% (seis por cento) ao ano ou sua equivalente efetiva mensal.

15.22.1. O limite de que trata o subitem anterior não se aplica a juros moratórios.

16. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO

Prazo de Vigência da Apólice - é o período anual ou plurianual de até 5 (cinco) anos compreendido entre a data de início de vigência da apólice (ou de seu aniversário) e seu vencimento (dia anterior ao do aniversário de vigência). O prazo de vigência contratado será definido nas Condições Particulares da apólice.

16.1. Início e fim de Vigência do Contrato de Seguro ou de sua alteração – As apólices, os certificados de seguro e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 (vinte quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

16.1.1. Nos seguros sujeitos a averbação, o início e o término da cobertura dar-se-ão de acordo com as condições específicas de cada modalidade, o que constará expressamente das condições particulares da apólice, devendo o risco iniciar-se dentro do prazo de vigência da respectiva apólice.

16.1.2. Nos casos de grupos segurados com vínculo empregatício - empregados de um

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

mesmo empregador - em que a adesão ao seguro for de 100% do grupo segurável, os novos componentes serão incluídos no seguro a partir da data de admissão no emprego, desde que estejam em boas condições de saúde e tenham sido aprovados no exame de saúde pré-admissional.

16.1.3. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

16.1.4. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da proposta mestra de contratação e das Condições Particulares da apólice.

16.1.5. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela sociedade seguradora, ou data posterior, desde que expressamente acordada entre as partes, o que constará da proposta mestra de contratação e das Condições Particulares da apólice.

16.2. RENOVAÇÃO DA APÓLICE

As apólices poderão ser renovadas automaticamente uma única vez, e por igual período, sendo as renovações posteriores realizadas de forma expressa.

16.2.1. 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 quantas vezes se fizer necessário, desde que realizada na forma

expressa. A renovação que implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados ou a redução de seus direitos, deverá ter anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

16.2.2. A renovação automática a que se refere o subitem 16.2.1 anterior não se aplica aos segurados, nos planos individuais, e estipulantes, nos planos coletivos, ou à sociedade seguradora que comunicarem o desinteresse na continuidade do plano.

16.2.3. O desinteresse em renovação da apólice deverá ser comunicado ao Segurado e ao Estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, (60) sessenta dias que antecedam o final da vigência da apólice. **O mesmo prazo prevalece para o desinteresse por parte do Estipulante e Segurados.**

16.2.4. Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora e o Estipulante a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

17. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

Em caso de atraso no pagamento dos prêmios, é prevista a aplicação de multa e juros de mora calculados na forma prevista no subitem 22.4 posterior.

17.1. A reabilitação da apólice é possível se os prêmios em atraso forem quitados antes de completos 90 (noventa) dias de atraso e se dará:

a) Sem interrupção de cobertura, com cobrança retroativa dos prêmios. O segurador responderá por todos os sinistros ocorridos a partir daquela data,

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

ficando cobertos os sinistros ocorridos no período de inadimplência.

b) A partir do primeiro dia de cobertura a que se referir o prêmio recebido, sem cobrança retroativa dos prêmios.

O segurador responderá por todos os sinistros ocorridos a partir daquela data, ficando sem cobertura os sinistros ocorridos no período de inadimplência.

17.2. No caso de não ocorrer o cancelamento imediato da apólice ou do certificado individual por inadimplência do segurado ou do estipulante será adotada uma das seguintes hipóteses pelas sociedades seguradoras:

a) cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, em atrasos de até 90 (noventa dias) com a conseqüente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s); ou

b) não cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, a partir do dia seguinte a data do prêmio vencido e não pago, sendo vedada a cobrança dos prêmios referentes a este período.

17.2.1. O disposto no subitem anterior e suas alíneas não se aplica aos casos de fracionamento de prêmio.

17.3. As hipóteses previstas nas alíneas a e b dos subitens 17.1 e 17.2 anteriores serão definidas por prévio acordo entre as partes, que levará em conta a política da seguradora, o tipo de custeio e o vínculo existente entre Estipulantes e Segurados, com definição expressa nas Condições Particulares da Apólice.

17.4. É prevista a reabilitação da apólice ou do certificado individual a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante retomar o pagamento do prêmio, respondendo a sociedade

seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.

17.5. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, na forma estabelecida nas Condições Gerais.

18. CANCELAMENTO DO SEGURO

O não pagamento do prêmio por parte do segurado ou estipulante nos prazos estipulados nas condições contratuais poderá acarretar o cancelamento da apólice ou certificado individual, se não houver regularização dos prêmios com até 90 (noventa) dias da parcela vencida e não paga.

18.1. O não pagamento do prêmio por parte do segurado implicará em imediata suspensão de cobertura do seguro.

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

18.3. O contrato de seguro pode ser rescindido a qualquer tempo mediante acordo entre as partes contratantes, **com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.**

18.3.1. Nos demais casos, o cancelamento da apólice somente se dará quando expirar seu prazo de validade, ou por falta de pagamento, quando expirado o prazo de 90 dias.

18.4. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, serão observadas as seguintes disposições:

a) a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

b) quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no subitem 12.9 anterior.

18.5. Se o segurado, por si ou seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

18.5.1. Se houver por parte do segurado inexatidão ou omissão nas declarações, ainda que e não resultem de má fé do segurado, a Seguradora terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença de prêmios.

19. PERDA DE DIREITO

O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

19.1. Se o segurado, seu representante, ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

19.1.1. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a sociedade seguradora poderá:

l) na hipótese de não ocorrência do sinistro:

a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou

b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro,

cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

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

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

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

19.2. O segurado perderá o direito ao pagamento do capital segurado em caso de inobservância das obrigações convencionadas nas condições deste seguro.

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

19.3.1. A mudança de profissão/ atividade, alteração de residência fixa para outro país ou a prática de esportes violentos ou de risco voluntário, tais como, exemplificativa, mas não exclusivamente como: esportes aéreos, náuticos a motor,

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

lutas e artes marciais, competição automobilística, o exercício de atividades amadora ou profissional a bordo de aeronaves de qualquer característica ou em ambientes insalubres e/ou perigosos, são exemplos de incidentes suscetíveis de agravar o risco coberto, e devem ser comunicados à Seguradora previamente ao novo risco, sob pena de perda do direito às garantias do seguro, se restar provado que houve silêncio de má-fé. A comunicação desses incidentes é necessária tanto para o Segurado Principal quanto para o Segurado Cônjuge, quando incluído no Seguro.

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

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

20. CESSAÇÃO DA COBERTURA

Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

20.1. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no subitem anterior aplica-se aos seus sócios

controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.

20.2. As coberturas garantidas por este certificado cessarão automaticamente:

20.2.1. Para o Segurado Principal

- a) com o cancelamento da apólice;
- b) no caso de o Segurado, por qualquer motivo, vir a desligar-se do Estipulante, das apólices e, conseqüentemente, do grupo segurável, exceto no caso de aposentadoria;
- c) a partir da data em que o Segurado solicitar, por escrito, sua exclusão da apólice deste seguro;
- d) quando o Segurado deixar de contribuir com a sua parte do prêmio (custo), quando o custeio for contributivo;
- e) no caso de coberturas adicionais ou especiais, além dos casos previstos anteriormente, com o cancelamento da respectiva cláusula;
- f) quando o segurado for indenizado pela cobertura de IFPTD; ou
- g) com a inclusão do dependente no grupo segurável principal.

20.2.1.1. Não obstante o disposto nas alíneas b e c do subitem anterior, a cobertura do segurado vigorará até o último dia do mês referente ao último prêmio pago, se o prêmio houver sido pago pelo segurado antes daquelas datas.

20.2.2. Para o Segurado Cônjuge, se incluído na apólice, o seguro será obrigatoriamente cancelado, além dos casos previstos de cancelamento da apólice e desta cláusula:

- a) nos casos de exclusão do Segurado Principal, inclusive por pagamento do capital total garantido por quaisquer das coberturas contratadas;

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

- b) no caso de separação judicial ou divórcio;
- c) no caso de cancelamento de seu registro, quando se tratar de companheira(o);
- d) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão do cônjuge for facultativa; ou
- f) com o pagamento do capital total garantido por quaisquer das coberturas contratadas.

20.2.3. Para o Segurado Filho, se incluído na apólice, o seguro será obrigatoriamente cancelado, além dos casos previstos de cancelamento da apólice e desta cláusula:

- a) quando for cancelada a Cláusula de Inclusão de Cônjuge, na forma de inclusão automática;
- b) nos casos de exclusão do Segurado Principal, inclusive por pagamento do capital total garantido por quaisquer das coberturas contratadas;
- c) no caso de cessação da condição de dependente, quando o filho atingir 21 anos de idade; ou como previsto no Regulamento do Imposto de Renda, ou, ainda, no caso de Coberturas Especiais, quando o filho atingir o limite de idade especificado na referida Cláusula; ou
- d) a pedido do Segurado Principal.

21. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS

Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

21.1. O mesmo prevalece para eventuais alterações de das taxas do seguro.

21.2. Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante.

21.3. Quaisquer alterações e modificações nas cláusulas deste contrato somente terão validade se ratificadas por escrito pela Seguradora e pelo Estipulante.

22. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

O índice pactuado para atualização de valores relativos às operações derivadas do presente contrato é o IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, ou outro que venha a substituí-lo.

22.1. Os capitais segurados e os benefícios, pagos sob forma de renda, serão, a partir da data de sua concessão, atualizados anualmente, com base no índice pactuado, e acrescido do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda.

22.2. A cláusula de recálculo a que se refere o subitem 9.17 anterior deverá prever a adequação dos valores do capital segurado e do benefício, assim como os respectivos prêmios e contribuições, aos novos valores de salários, mensalidades escolares, dívidas adquiridas ou outros fatores objetivos, em consonância com o plano de seguros contratado.

22.3. As Contratações com vigência inferior a 1 (um) ano não poderão conter cláusula de atualização de valores.

22.4. MULTA E MORA

Os valores relativos às obrigações legais pecuniárias decorrentes das operações derivadas do presente contrato serão atualizados pelo IPCA/IBGE – Incide de

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

Preços ao Consumidor Amplo/Função Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou outro que venha a substituí-lo, acrescidos, ainda, de multa de 2% não cumuláveis, calculados sobre o valor bruto da fatura, e de juros moratórios de 1/365 avos de 6%, para cada dia corrido de atraso e até a data do efetivo pagamento, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo legal fixado para o cumprimento da obrigação.

23. TAXA DE JUROS

Considerando a hipótese da transformação da indenização em renda, a taxa de juros deverá observar o limite máximo de 6% (seis por cento) ao ano ou sua equivalente efetiva mensal.

23.1. O limite de que trata o caput não se aplica a juros moratórios.

23.2. Os juros moratórios, contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado em contrato, são de 1/365 de 6%, sendo que na sua falta, serão equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional.

24. REGIME FINANCEIRO

Considerando-se que o plano de seguro em questão é estruturado em regime financeiro de repartição, não haverá devolução ou resgate de prêmios ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, exceto aqueles pagos a maior, por erro de cobrança da Seguradora, ou em caso de recusa da proposta de seguro em que o prêmio tenha sido pago antecipadamente.

24.1. O prêmio a ser restituído nas hipóteses do subitem anterior serão atualizados de IPCA/IBGE, ou outro índice que venha a substituí-lo.

25. SUB-ROGAÇÃO

Nos Seguros de Pessoas o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado ou do beneficiário, contra o causador do sinistro.

26. EXCEDENTES TÉCNICOS

Quando previsto na apólice, terá suas condições expressamente ratificadas nas condições Particulares da apólice.

27. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda feitas por iniciativa do Estipulante e/ou Corretor de Seguro, deverão ser divulgadas com prévia autorização expressa e supervisão da sociedade seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e particulares e a nota técnica atuarial submetidas à SUSEP.

27.1. Todo o material de propaganda e promoção do seguro devem conter os seguintes elementos obrigatórios:

a) A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;

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

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

28. ROTINAS OPERACIONAIS

Para atender o objetivo do subitem 13.5 destas Condições Gerais, bem como determinação da SUSEP, é imprescindível que o Estipulante encaminhe à Seguradora, mensalmente, por meio magnético, relação dos Segurados

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

existentes, com suas correspondentes informações cadastrais solicitadas por ocasião da apresentação da proposta, bem como pertinentes ao capital segurado, conforme último layout em vigor.

28.1. Cabe ressaltar que a inobservância ao item anterior sujeita o Estipulante e a Seguradora à pena de multas.

28.1.1. Quando não for possível ao Estipulante encaminhar a relação por meio magnético, a mesma poderá ser enviada em listagens impressas.

28.1.2. O Estipulante comunicará à Seguradora todas as inclusões e exclusões de Segurados, as quais serão devidamente registradas pela Seguradora, bem como informará previamente todas as modificações na situação do Segurado que impliquem a alteração de seus capitais, garantias e prêmios.

29. MOEDA

Todos os valores constantes dos documentos que integram as operações de seguro deverão se expressos em moeda corrente nacional, vedada a utilização de unidade monetária de qualquer outra natureza.

30. IMPOSTOS

Fica entendido e acordado que nos seguros, os tributos serão pagos por quem a lei determinar.

31. COSSEGURO

Quando o risco for assumido em cosseguro, a apólice indicará o nome da seguradora que administrará o contrato e representará as demais para todos os seus efeitos, denominada Seguradora Líder, bem como as demais seguradoras participantes, e os seus respectivos limites de responsabilidade máxima assumida.

31.1. Inexiste responsabilidade solidária entre as sociedades seguradoras.

32. FORO

Na eventualidade de qualquer medida judicial originária do contrato de seguro, o foro eleito para dirimir quaisquer dúvidas resultantes deste contrato será o do domicílio do Segurado ou beneficiário, conforme foi o caso.

32.1. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição do foro diverso daquele previsto no item 32 anterior.

33. RATIFICAÇÃO

Ratificando o disposto no item 6 destas Condições Gerais, consideram-se-ão cobertos os riscos devidamente relacionados, em item específico, nas Condições Particulares da apólice, que fazem parte integrante e inseparável da apólice.

34. REGISTRO NA SUSEP

As condições deste seguro estão registradas junto à SUSEP no processo administrativo sob o número 15414.001896/97-92.

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

ANEXO I - CLÁUSULA DE COBERTURA BÁSICA DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO POR MORTE QUALQUER CAUSA

1. OBJETIVO

Garantir o pagamento ao(s) Beneficiário(s) do valor do limite máximo de garantia da apólice para esta cobertura, na ocorrência de morte do Segurado por qualquer causa (natural ou acidental), respeitados, entretanto, os riscos excluídos, as condições da apólice e o disposto no artigo 766 do novo Código Civil Brasileiro, que dispõe:

“Se o segurado, por si ou seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

Parágrafo único: se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar,

mesmo após o sinistro, a diferença de prêmio.”

2. RISCO COBERTO

Morte por qualquer causa (causas naturais ou acidentais).

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos da Cobertura Básica, bem como de todas as Coberturas Adicionais e Especiais deste seguro, os eventos ocorridos em consequência de:

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

b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e deles decorrentes;

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

c) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento prévio dos Segurados, e não declaradas na Proposta Individual de Adesão, quando esta é exigida;

d) suicídio, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos dois primeiros anos de vigência individual do seguro, ou do aumento espontâneo e individual de seu capital segurado;

e) danos morais;

f) para portadores de deficiência física: lesões e/ou doenças relacionadas a quaisquer manifestações clínicas preexistentes, devidamente evidentes como direta e/ou indiretamente relacionadas à causa da deficiência física e/ou às suas repercussões, assim como as condições clínicas advindas de qualquer complicação, em qualquer tempo, inclusas as decorrentes e as relacionadas aos tratamentos instituídos e, ainda, as lesões e disfunções de qualquer natureza e expressão e suas respectivas conseqüências, também em qualquer tempo, que tenham sido induzidas, precipitadas e/ou facilitadas pela deficiência física do Segurado e/ou por quaisquer de suas interdependências patológicas e/ou disfuncionais, mesmo que temporárias, preexistentes.

3.1. A Seguradora não se eximirá do pagamento do capital segurado, quando a morte ou a incapacidade do Segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

3.1.1. A omissão do Segurado quanto à informação da prática de esportes violentos, quando do preenchimento da Proposta Individual de Adesão, se esta lhe foi exigida, ou de quando iniciou sua prática, se posterior

à contratação, é causa ensejadora de perda do direito ao pagamento do capital segurado.

3.2. O contrato será considerado nulo para a garantia de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do(s) Beneficiário(s), ou de representante de um ou de outro.

3.3. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, são excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes.

4. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5. CARÊNCIA

Para todas as Cláusulas de Coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no seguro. A referida carência e o mesmo prazo são observados na hipótese de aumento espontâneo e individual do limite máximo de garantia da apólice.

6. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais de Vida em Grupo, não-modificadas por esta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

ANEXO II - CLÁUSULA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE (IEA)

1. OBJETIVO

Esta cláusula adicional tem por objetivo garantir ao(s) Beneficiário(s) do Segurado o pagamento do capital segurado adicional de até 100% do limite máximo individual de garantia da apólice para a Cobertura Básica, caso o Segurado venha a falecer em consequência de acidente coberto.

2. CONCEITO

Acidente pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se o disposto nos riscos cobertos, descritos no item 3 posterior.

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no item 2, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

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

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

c) acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

d) acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;

e) acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;

f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

g) choque elétrico e raio;

h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;

i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;

j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e

k) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos constantes do item 7 das Condições Gerais de Vida em Grupo, não estão garantidos pela presente Cláusula Adicional::

a) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, os estados septicêmicos e as embolias,

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b) intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como:

Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

d) 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 inciso I deste artigo;

e) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;

f) acidentes decorrentes direta ou indireta de quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;

g) acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

h) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei; e

i) acidente vascular cerebral;

5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre; todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.

6. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por invalidez permanente por acidente e morte acidental não se acumulam.

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

7. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ele comunicado pelo Estipulante ou seu representante, tão logo se tenha conhecimento, através do formulário de Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

7.1. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

7.1.1. A comunicação, na forma deste item, não exonera o Segurado da

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

obrigação de apresentar o formulário Aviso de Sinistro e documentos correlatos, contidos no manual de liquidação de sinistros, com informações completas sobre o acidente.

8. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

O Beneficiário, para recebimento do capital segurado, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

8.1. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e os documentos de habilitação correrão por conta dos Beneficiários, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

8.2. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o acidente.

8.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

9. CARÊNCIA

Para todas as Cláusulas de Coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no seguro. A referida carência e o mesmo prazo são observados na hipótese de aumento espontâneo e individual do limite máximo de garantia da apólice.

10. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais de Vida em Grupo, não-modificadas por esta cláusula e que lhe sejam pertinentes.

ANEXO III - CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO

Esta cláusula adicional tem por objetivo garantir ao Segurado o pagamento de até 200% do capital segurado na Cobertura Básica, caso ele venha a ficar parcial ou totalmente inválido, em caráter permanente, em consequência de acidente coberto.

1.1. O percentual de cobertura escolhido para esta garantia é de livre escolha do Estipulante e será definido nas Condições Particulares da presente apólice.

2. CONCEITOS

Acidente pessoal é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se o disposto nos riscos cobertos, descritos no item 3 posterior.

2.1. A cobertura de invalidez permanente por acidente garante o pagamento de uma indenização relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por acidente pessoal coberto.

3. RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no item 2, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;
- b) acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- c) acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- d) acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros;
- e) acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas;
- f) ataque de animais e os casos de hidrofobia, envenenamentos ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- g) choque elétrico e raio;
- h) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- i) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;

j) infecções, estados septicêmicos e embolias, quando resultantes exclusivamente de ferimento visível causado por acidente coberto; e

l) queda n'água ou afogamento.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos excluídos constantes do item 7 das Condições Gerais de Acidentes Pessoais Coletivo, não estão garantidos pela presente Cláusula Adicional:

- a) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente, por acidente, ressalvadas as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- b) intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- c) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos (LER), Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT), Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
- d) 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

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

invalidez por acidente pessoal, definido no item 6.1. das Condições Gerais;

e) acidentes decorrentes de competições em veículos, inclusive treinos preparatórios;

f) acidentes decorrentes direta ou indireta de quaisquer alterações mentais consequentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;

g) acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

h) acidentes decorrentes de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;

i) a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente;

j) acidente vascular cerebral;

l) qualquer tipo de hérnias e suas consequências;

m) parto ou aborto e suas consequências, mesmo se provocadas por acidente; e

n) choque anafilático e suas consequências.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre; **todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.**

6. INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE - IPA

No caso de invalidez permanente, após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a Seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela a seguir:

Invalidez Permanente Total	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100
Invalidez Permanente Parcial - Diversas	

**SEGURO DE PESSOAS****CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92**

Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
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 no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Invalidez Permanente Parcial - Membros Superiores	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar: pagamento equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-
Invalidez Permanente Parcial - Membros Inferiores	
Discriminação	% Sobre o limite máximo de garantia da apólice
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 tibioperoneiros (perna)	25
Fratura não-consolidada da rótula	20

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

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: pagamento equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	-
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
de 4 (quatro) centímetros	10
de 3 (três) centímetros	06
menos de 3 (três) centímetros	sem pagamento

6.1. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

6.1.1. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada na base das percentagens de 75%, 50% e 25%, respectivamente.

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

6.3. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão,

a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento).

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

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

7. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

As indenizações por invalidez permanente por acidente e morte acidental não se acumulam.

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

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

8. OCORRÊNCIA DO ACIDENTE

Ocorrendo um acidente que possa acarretar a responsabilidade da Seguradora, deverá ser ele comunicado à mesma pelo Estipulante, Segurado ou seu representante, tão logo tenha conhecimento dele, através do formulário Aviso de Sinistro, em carta registrada, telegrama, ou telefax dirigido à Seguradora ou a seu representante legal.

8.1. Da comunicação, deverão constar: data, hora, local e causa do acidente.

8.1.1. A comunicação na forma deste item não exonera o Segurado da obrigação de apresentar o formulário e documentos correlatos, contidos no Manual de Liquidação de Sinistros, com informações completas sobre o acidente.

8.2. O Segurado acidentado deverá recorrer imediatamente, à sua custa, a serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura completa.

9. COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE

O Segurado ou Beneficiário, para recebimento do pagamento do capital segurado, deverá provar satisfatoriamente a ocorrência do acidente, bem como todas as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à Seguradora quaisquer medidas tendentes à elucidação do sinistro.

9.1. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e documentos de habilitação correrão por conta do Segurado, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

9.2. A Seguradora poderá também exigir a apresentação de documentos médicos, atestados de autoridades administrativas e policiais e certidões de inquéritos ou processos relacionados com o acidente.

9.3. As providências ou atos que a Seguradora praticar após o acidente não implicam, por si só, o reconhecimento da obrigação de pagar o capital segurado.

9.4. O Segurado se compromete a submeter-se a exames e/ou perícia médica solicitadas pela Seguradora, para comprovação e avaliação de seu grau de invalidez, quando julgados necessários pela mesma.

10. JUNTA MÉDICA

É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer à Seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

10.1. Seguradora e Segurado abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

11. REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL

No caso de invalidez parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

11.1. A reintegração não se dá para o mesmo acidente e não importa em cobrança de qualquer prêmio adicional, além do já estipulado para o montante do capital original.

12. CARÊNCIA

Para todas as cláusulas de coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no seguro. A referida carência e o mesmo prazo são observados na hipótese de aumento espontâneo e individual do limite máximo de garantia da apólice.

13. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

ANEXO IV - CLÁUSULA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPTD)

1. DO OBJETIVO

Antecipação da Cobertura Básica.

Esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado, desde que este o requeira, o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a Cobertura Básica (morte), em caso de sua Invalidez Funcional

Permanente e Total por Doença, conseqüente de doença que cause a perda de sua existência independente, sob critérios devidamente especificados no item 2.1 desta cláusula, exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as disposições do item 6 e as constantes das condições contratuais.

2. DA COBERTURA

A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 4 da Liquidação de Sinistro.

2.1 Dos Riscos Cobertos

Considera-se como riscos cobertos 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

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

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 seqüelas 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.

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. Dos Demais Riscos Cobertos

Condições Gerais – Seguro de Pessoas – Generali Brasil Seguros S.A. – CNPJ 33.072.307/0001-57

Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF) (Anexo), atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

2.2.1. 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 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

2.2.2. 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.

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

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

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

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

3. DOS RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 7 das Condições Gerais de Vida em Grupo, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

funções autonômicas do Segurado, com perda da sua existência independente, os a seguir especificados:

a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e/ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;

b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais e de outras relacionadas com o trabalho, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional, segundo a legislação vigente;

c) as doenças, em cuja origem, a atividade laborativa exercida pelo Segurado contribua diretamente na constituição da relação de causa e efeito e na firmação do nexo de causalidade;

d) a doença cuja evolução natural tenha sido modificada e agravada por um traumatismo;

e) os quadros clínicos exclusivamente decorrentes da exposição a agentes causadores ou fatores de risco de natureza ocupacional, em especial, os resultantes de esforços físicos, repetitivos ou não, de posturas viciosas e/ ou de traumas cumulativos, com nexo de causalidade, caracterizados.

f) as doenças nas quais se documente alguma interação e/ou intercorrência relacionadas a traumatismos e/ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e/ou a posturas viciosas;

g) os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da Existência Independente do Segurado;

h) toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no item Dos Riscos Cobertos.

4. DA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

4. 1. Dos Documentos para Regulamentação do Sinistro

4.1.1. Através do formulário denominado Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, este deverá comunicar à Seguradora suas condições de saúde, retratando o quadro clínico incapacitante.

4.1.2. Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da invalidez funcional permanente e total por doença (data do sinistro).

4.1.3. Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido no item Dos Riscos Cobertos.

4.1.4. Ao Aviso de Sinistro devem ser anexados:

1) cópia do documento de identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado;

2) relatório do médico-assistente do Segurado:

. indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e

. detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e/ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do Segurado.

3) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

Fica facultado à Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.

O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

4.2. Da Data do Sinistro

A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica.

A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

4.3. Do Não-Reconhecimento da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, quadro clínico incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

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

característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

4.4. Da Junta Médica

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação do segurado, a constituição de junta médica.

4.4.1. É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer a Seguradora o procedimento de junta médica.

4.4.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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.

4.5. Das Despesas de Comprovação

As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o quadro clínico incapacitante. As providências que a Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

5. DA FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de (pagamento único ou renda: certa, temporária ou vitalícia, em prestações mensais, iguais e sucessivas), o que será expressamente definido nas Condições Particulares da apólice.

6. DO CANCELAMENTO DO SEGURO

Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da básica (morte), seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as

demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Particulares, sem qualquer devolução de prêmios.

7. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, todavia, só estarão garantidos os segurados com residência fixa no Brasil.

8. CARÊNCIA

Para todas as Cláusulas de Coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no seguro. A referida carência e o mesmo prazo são observados na hipótese de aumento espontâneo e individual do limite máximo de garantia da apólice.

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

**SEGURO DE PESSOAS****CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92**

ANEXO A
CLÁUSULA ADICIONAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E
TOTAL POR DOENÇA
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL (IAIF)
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.	0
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	0

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

	2° 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
	3° 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
CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1° GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIRSE 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	0
	2° 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
	3° 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

DOCUMENTO 2

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

DADOS ANTROPOMÉTRICOS, RISCOS INTERAGENTES E AGRAVOS MÓRBIDOS PONTUAÇÃO

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.	2
HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	2
HÁ OU HOUE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	4
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	4
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	8

GLOSSÁRIO PARA OS TERMOS RELACIONADOS À COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

AGRAVO MÓRBIDO: Piora de uma doença.

ALIENAÇÃO MENTAL: Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

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

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

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

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

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

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

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

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

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

DADOS ANTROPOMÉTRICOS: No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.

DEAMBULAR: Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.

DECLARAÇÃO MÉDICA: Documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o médico - assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

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

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

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

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

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

DOENÇA DO TRABALHO: Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, na qual há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

DOENÇA EM ESTÁGIO TERMINAL: Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico-assistente.

DOENÇA NEOPLÁSICA MALIGNA ATIVA: Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.

DOENÇA PROFISSIONAL: Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

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

ETIOLOGIA: Causa de cada doença.

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

HÍGIDO: Saudável.

MÉDICO-ASSISTENTE: Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.

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

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

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

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

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

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

SENTIDO DE ORIENTAÇÃO: Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

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

TRANSFERÊNCIA CORPORAL: Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

ANEXO V - CLÁUSULA ADICIONAL DE ADIANTAMENTO DO CAPITAL SEGURADO EM CASO DE DOENÇA TERMINAL

1.OBJETIVO

Garantir ao Segurado um adiantamento de um percentual fixo a ser estipulado nas Condições Particulares da apólice relativo ao capital segurado na cobertura básica e limitado a até R\$ 220.000,00, desde que não tenha sido caracterizada a invalidez permanente do segurado, caso o segurado se torne um “doente em fase terminal” e que o estágio de sua doença esteja devidamente enquadrado e certificado por protocolos médicos especializados.

2.CONCEITO

É considerado “doente em fase terminal” o segurado cujo quadro clínico caracterize um estado de saúde gravíssimo, de comprometimento sistêmico crítico, sem qualquer possibilidade de recuperação com o recursos médico-terapêuticos disponíveis e para o qual seus médicos assistentes não admitam qualquer possibilidade e/ou esperança de reversibilidade, sendo o segurado considerado, desta forma, fora dos limites normais de sobrevivência.

3.ADIANTAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

Caso o segurado venha a se tornar um “doente em fase terminal”, o adiantamento do capital será realizado:

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

ao próprio segurado, desde que esteja em pleno gozo de sua capacidade civil e física;
ao representante legal do segurado, regularmente decretado por juízo competente, quando o segurado não estiver em pleno gozo de sua capacidade civil e física.

3.1. Para fins da presente garantia entende-se por capacidade civil aquela definida no Código Civil Brasileiro e, por capacidade física, a faculdade do Segurado para, de próprio punho, firmar na forma escrita o recibo de pagamento do adiantamento do capital segurado, ou de indicar representante legal para fazê-lo.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Aqueles previstos no item 7 das Condições Gerais de Vida em Grupo.

5. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL

O capital indenizado através dessa Cláusula Adicional NÃO É REINTEGRÁVEL à cobertura Básica.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, todavia, só estarão garantidos os segurados com residência fixa no Brasil.

7. CARÊNCIA

Para todas as Cláusulas de Coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do segurado, ou a(s) seqüelas(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no seguro. A referida carência e o mesmo prazo são observados na hipótese de aumento espontâneo e individual do limite máximo de garantia da apólice.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

ANEXO VI - CLÁUSULA ADICIONAL DE INDENIZAÇÃO POR INCAPACIDADE

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

TEMPORÁRIA (IIT), EM CASO DE DOENÇA OU ACIDENTE

1. OBJETIVO

Esta cláusula especial tem por objetivo garantir o pagamento de diárias por incapacidade temporária em caso de doença ou acidente, conforme definições enumeradas nos itens a seguir:

1.1. O empregado afastado pelo INSS por motivo de doença, doença profissional, ou acidente do trabalho receberá, a partir do prazo definido nas Condições Particulares da apólice, desde que continue afastado, as diárias contratadas, de acordo com o valor contratado. Esse complemento salarial será pago mensalmente, enquanto perdurar sua condição de afastamento, e por período máximo de até 3 (três) meses por período contratual.

1.1.1 CARÊNCIA

Há carência nos primeiros 30 (trinta) dias de afastamento do Segurado de suas atividades. Fica entendido e acordado que até o 30º (trigésimo) dia de afastamento, por um ou mais eventos, nenhuma diária será devida.

1.1.2. Para todas as cláusulas de coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no seguro. A referida carência e o mesmo prazo são observados na hipótese de aumento espontâneo e individual do limite máximo de garantia da apólice.

1.2. Só estarão garantidos pela Cláusula de IIT os casos que tenham sido caracterizados a partir de um ano de vínculo empregatício com o Estipulante, e

a partir do início de vigência da apólice nesta Seguradora. Fica entendido que não estarão cobertos afastamentos em curso quando da implantação da apólice ou benefícios já em andamento quando do início de vigência da apólice.

2. Um mesmo Segurado não poderá usufruir novamente desta cobertura por um prazo inferior a 12 (doze) meses, a contar do retorno do último afastamento, exceto se não usufruir dos três meses a que tem direito, por período contratual.

2.1. A carência de 30 (trinta) dias não se aplicará na hipótese de um mesmo Segurado, que já tiver usufruído de parte dos três meses de cobertura a que tem direito, vir a se afastar novamente pelo mesmo evento. Nesse caso, o período máximo de cobertura disponível será obtido da dedução do período já utilizado pelo Segurado do prazo contratual de três meses, limitado, ainda, ao prazo de afastamento estabelecido pelo INSS.

2.1.1. Fica entendido e acordado que em nenhuma hipótese o prazo de cobertura excederá o prazo máximo de 3 (três) meses.

3. Ocorrendo a morte ou invalidez permanente do empregado antes ou durante o pagamento do benefício, este será automaticamente suspenso ou interrompido, e as diárias devidas, pagas adicionalmente ao capital segurado na Cobertura Básica.

4. Para o recebimento da indenização garantida por esta cláusula, estabelece-se como condição obrigatória a caracterização médica compatível com a legitimação dos sinistros de indenização por incapacidade

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

temporária, na forma do cumprimento integral do protocolo a seguir:

- a) os avisos de sinistro deverão ser preenchidos, assinados e datados pelo profissional médico-assistente do Segurado, devendo constar dados médicos suficientes para o reconhecimento dos diagnósticos e das condições clínicas do Segurados;
- b) quando a definição diagnóstica não estiver claramente estabelecida, solicitar-se-á a complementação com dados provenientes de exames comprobatórios que possam elucidar as síndromes clínicas que representem as afecções relatadas;
- c) devem ser informadas, de modo claro e objetivo, as datas de início das doenças (DID) e as datas de início das incapacidades (DII). As incapacidades deverão ser descritas e quantificadas sob percentuais bem definidos;
- d) os dados evolutivos informados pelo médico-assistente do Segurado deverão, no conjunto, representar e externar os prognósticos médicos dos casos considerados como sinistros;
- e) devem ser expressas na documentação as expectativas previstas de recuperação médica e os respectivos planos de tratamento, incluindo suas durações;
- f) a cada período de renovação das licenças previdenciárias (benefícios tipo auxílio-doença e auxílio-acidente) deverão ser atualizados os graus de incapacidade que porventura persistam;
- g) devem ser informadas de modo objetivo e preciso as datas de alta, assim como as reingressos em benefícios previdenciários.

4.1. O não-cumprimento integral deste protocolo reservará à Seguradora a não-legitimação dos sinistros cobertos por esta cláusula.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

Condições Gerais – Seguro de Pessoas – Generali Brasil Seguros S.A. – CNPJ 33.072.307/0001-57

Estão expressamente excluídos desta Cobertura Adicional, além daqueles riscos previstos no item 7 das Condições Gerais de Vida em Grupo, os eventos ocorridos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- c) suicídio;
- d) alterações psíquicas e mentais, compreendidas entre elas as conseqüentes do uso/consumo de álcool e seus derivados, drogas ilícitas e seus derivados, drogas medicamentosas psicoativas ou psicoestimulantes ou substâncias entorpecentes;
- e) tratamentos decorrentes de acidentes, lesões, doenças e/ou quaisquer eventos relacionados ao uso, consumo, dependência, supressão ou abstinência de álcool e seus derivados, drogas ilícitas e seus derivados, drogas medicamentosas psicoativas ou psicoestimulantes ou substâncias entorpecentes, assim como aqueles decorrentes de tentativa de suicídio e atos ilícitos devidamente comprovados;
- f) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e prática, pelo Segurador, de atos ilícitos contrários à lei;
- g) toda e qualquer condição obstétrica, incluindo abortos, provocados ou não, e

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

suas decorrências imediatas e mediatas tardias, mesmo que decorrentes de acidentes pessoais;

h) cirurgias plásticas em geral, salvo as restauradoras de função orgânica e as resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro, que requeiram reparação anatômica e as demais reconstrutoras inseridas como coadjuvantes dos tratamentos cirúrgicos das neoplasias malignas;

i) cirurgias plásticas redutoras, de qualquer espécie, e as demais para colocação, retirada ou reposição de qualquer prótese;

j) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com a finalidade estética, embelezadora, cosmética ou social e ainda aqueles relacionados aos métodos de manutenção e/ou alteração voluntários da anatomia corporal, com ou sem a finalidade de rejuvenescimento, mesmo que haja indicação médica paralela, exceto no caso das ressalvas previstas na alínea "h" anterior;

k) tratamentos clínicos, cirúrgicos ou por qualquer método considerados não éticos, assim como aqueles não reconhecidos pelos órgãos de fiscalização e normatização da medicina no país, incluindo-se os experimentais, os não referendados e os demais liberados sob quaisquer ressalvas restritivas;

l) quaisquer tratamentos para emagrecimento, e suas conseqüências, em qualquer tempo, mesmo para obesidade mórbida;

m) tratamento de doenças ou lesões físicas originadas em conseqüência de calamidade pública, conflitos, tumultos, revoluções, eventos sísmicos, catástrofes, envenenamentos coletivos ou epidemias;

n) tratamentos e suas conseqüências, em qualquer tempo, destinados à correção de infertilidade, esterilidade, impotência, assim como aqueles destinados à anticoncepção, métodos contraceptivos e inseminação artificial, incluindo a realização de métodos diagnósticos invasivos a quaisquer das questões aqui relacionadas.

6. INDENIZAÇÃO

As indenizações relativas ao afastamento por mês cheio (trinta dias) serão pagas ao fim de cada 30 (trinta) dias de afastamento, mediante a apresentação completa da documentação que compõe o aviso de sinistro, conforme item 4 anterior e suas alíneas.

6.1. Quando o período de afastamento for por fração de mês, o pagamento será realizado proporcionalmente aos dias equivalentes ao afastamento e ao fim deste prazo, mediante a apresentação completa da documentação que compõe o aviso de sinistro, bem como da comprovação médica do afastamento e da alta do Segurado, conforme item 6 anterior.

6.2. Tendo em vista a cobertura em questão estar ligada efetivamente ao afastamento do Segurado e não ao evento em si, que pode ser de natureza natural ou acidental, fica entendido e acordado que o pagamento de qualquer diária relativa a esta cobertura não representa o reconhecimento da Seguradora em indenizar o Segurado pelas coberturas de invalidez, se contratadas, se a caracterização destas não se der na vigência da apólice nesta Seguradora, sempre observada a regulamentação de seguros em vigor.

7. REINTEGRAÇÃO

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

O capital indenizado através desta Cláusula Adicional **NÃO É REINTEGRÁVEL** à Cobertura Básica.

8. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre; **todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.**

9. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

ANEXO VII - CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE (IC)

1. OBJETIVO

A presente cláusula tem por objetivo permitir a inclusão, na apólice, dos cônjuges de todos os Segurados Principais, observadas as condições a seguir:

1.1. Equiparam-se aos cônjuges os companheiros dos Segurados Principais, se ao tempo do contrato o Segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.

1.2. Não participam desta cláusula os cônjuges que façam parte do grupo segurado principal.

2. RISCOS COBERTOS

Os cônjuges poderão ser garantidos pela Cobertura Básica e pelas Adicionais, exceto a de Invalidez Permanente Total por Doença no seguro de Vida Em Grupo.

2.1. As coberturas em que os cônjuges serão incluídos e os respectivos capitais segurados, limitados ao máximo de 100% daqueles do Segurado Principal, serão definidos em aditivo à apólice ou em suas Condições Particulares.

3. FORMAS DE INCLUSÃO

3.1. Automática - Nesta modalidade de inclusão, ficam incluídos na apólice os cônjuges de todos os Segurados Principais, **exceto aqueles que já fizerem parte do grupo segurado principal.** Neste caso, os prêmios correspondentes aos cônjuges serão pagos por todos os componentes do grupo segurado.

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

3.2. Facultativa - O cônjuge somente será incluído no seguro por manifestação expressa do Segurado Principal e concomitantemente com ele, mediante preenchimento da Proposta Individual de Adesão e da declaração de saúde do cônjuge; os prêmios correspondentes ao seguro do cônjuge serão pagos pelo respectivo Segurado Principal.

3.2.1. A inclusão do cônjuge no grupo segurado, posteriormente à inclusão do Segurado Principal, somente poderá ser feita mediante declaração de saúde, assinada por ambos, podendo a Seguradora exigir, ainda, laudo médico que ateste as boas condições de saúde do cônjuge.

4. BENEFICIÁRIO

O Beneficiário do seguro do cônjuge no caso de sua morte será sempre o Segurado Principal e nos casos de invalidez permanente por acidente será o próprio cônjuge.

4.2. Na hipótese da contratação do seguro do cônjuge, exclusivamente na forma de inclusão facultativa, e desde que haja preenchimento de Proposta Individual de Adesão, firmada de próprio punho pelo cônjuge, sua indicação prevalecerá sobre a regra contida no item 4 anterior.

4.1. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do(s) Segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos Segurados, Principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos Beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos Segurados.

5. CANCELAMENTO DO SEGURO DO CÔNJUGE

O seguro do cônjuge será obrigatoriamente cancelado, além dos

casos de cancelamento da apólice e desta cláusula:

- a) nos casos de exclusão do Segurado Principal da apólice, inclusive por morte;**
- b) no caso de separação judicial ou divórcio;**
- c) no caso de cancelamento de seu registro, quando se tratar de companheira(o); ou**
- d) a pedido do Segurado Principal, quando a forma de inclusão do cônjuge for facultativa.**

6. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre; **todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.**

7. CARÊNCIA

Para todas as cláusulas de coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no seguro. A referida carência e o mesmo prazo são observados na hipótese de aumento espontâneo e individual do limite máximo de garantia da apólice.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

respeitando-se o limite de capital fixado nessa cobertura.

2. FORMAS DE INCLUSÃO

2.1. Automática: quando abranger os filhos de todos os Segurados Principais e/ou dos cônjuges segurados; e

2.2. Facultativa: quando abranger os filhos dos Segurados Principais e/ou dos cônjuges segurados que assim o autorizarem.

2.3. Nos planos coletivos, quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais do mesmo grupo segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito da cláusula.

2.4. O capital segurado dos filhos não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo Segurado Principal, observando-se que o critério para fixação do capital da cláusula suplementar deve ser claramente estabelecido na própria cláusula, ou nas Condições Particulares.

ANEXO VIII - CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS

1. OBJETIVO

A presente cláusula tem por objetivo incluir na apólice, automaticamente, todos os filhos e enteados menores de 21 (vinte e um) anos, naturais ou adotados, dependentes do Segurado Principal e/ou do Segurado pela Cláusula Adicional de Inclusão de Cônjuge, na forma de inclusão automática. A cobertura poderá ser estendida até 24 (vinte e quatro) anos se o filho for solteiro, dependente dos pais e estiver cursando universidade.

1.1. Ficam também incluídos nesta cláusula:

- a) filho natimorto; e
- b) filho inválido, de qualquer idade, considerado dependente do Segurado Principal pela legislação do Imposto de Renda e da Previdência Social.

1.1.1. Para efeito do presente artigo equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do Segurado Principal.

1.2. Nas hipóteses do subitem 1.1 anterior, é garantido apenas o reembolso das despesas havidas com o funeral,

3. RISCOS COBERTOS

Os filhos serão garantidos somente na Cobertura Básica. O capital destinado a esta cobertura poderá ser pago sob a forma de pagamento do capital segurado ou forma de reembolso com as despesas do funeral do filho, inclusive traslado do corpo, até o limite máximo de garantia da apólice, o que estará ratificado nas Condições Particulares da apólice.

3.1. Para os menores de 14 (catorze) anos o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de Notas Fiscais originais, não estando

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

3.2. O limite máximo de garantia da apólice por filho será definido em aditivo à apólice ou em suas Condições Especiais ou Particulares.

4. CANCELAMENTO DO SEGURO DO FILHO

O seguro do filho será obrigatoriamente cancelado, além dos casos de cancelamento da apólice e desta cláusula:

- a) quando for cancelada a Cláusula de Inclusão de Cônjuge, na forma de inclusão automática;
- b) nos casos de exclusão do Segurado Principal, inclusive por morte;
- c) no caso de cessação da condição de dependente, como previsto no Regulamento do Imposto de Renda;
- d) quando o filho atingir 18 (dezoito) anos de idade; ou
- e) a pedido do Segurado Principal.

5. BENEFICIÁRIOS

O Beneficiário desta cláusula será sempre o Segurado Principal.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre; **todavia, só estarão garantidos os Segurados com residência fixa no Brasil.**

7. CARÊNCIA

Para todas as cláusulas de coberturas do Seguro de Vida há carência na hipótese de sinistro decorrente de suicídio do Segurado, ou a(s) seqüela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos de sua inclusão individual no seguro. A referida carência e o mesmo prazo são observados na hipótese de aumento

espontâneo e individual do limite máximo de garantia da apólice.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

ANEXO IX - CLÁUSULA ESPECIAL DE COBERTURA PARA DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA FEMININO

1. OBJETIVO

- 1.1. Garantir à própria Segurada, em vida, indenização de acordo com o valor contratado, em caso de primeiro diagnóstico positivo de câncer de mama feminino. As coberturas previstas por esta cláusula Especial só podem ser contratadas em conjunto com a Cobertura Básica de Vida em Grupo.
- 1.2. Conceito de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino coberto:
Entende-se por câncer de mama as lesões neoplásicas que afetam a(s) mama(s) feminina(s) em toda a sua extensão regional ou que dela decorram

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

afetando outras regiões do organismo (metástases), em qualquer estágio evolutivo, desde que, certificadas e comprovadas como malignas, através de métodos complementares de diagnóstico de certeza.

1.3. Esta cláusula prevê uma única indenização, que será concedida em função do diagnóstico coberto de neoplasia maligna de mama, independente do número de lesões diagnosticadas e de mamas atingidas.

2. GRUPO SEGURÁVEL

2.1. Todas as componentes que se enquadrem nas condições de Segurabilidade descritas no item 4 posterior, que mantenham vínculo direto com o Estipulante.

2.2. Também serão aceitas proponentes que sejam cônjuges e/ou companheiras da pessoa que mantenha vínculo direto com o Estipulante, neste caso, desde que esta última se responsabilize pelo pagamento dos prêmios mensais.

2.3. Mediante prévio acordo expresso entre Estipulante e Seguradora, poderão ser incluídas no seguro familiares da Segurada Principal, ou da pessoa que mantenha o vínculo direto com o Estipulante, tais como filhas, enteadas e mães, desde que se enquadrem nas condições de segurabilidade constantes do item 4 posterior e que a pessoa que mantenha o vínculo direto com o Estipulante se responsabiliza pelo pagamento dos prêmios mensais.

3. GRUPO SEGURADO

É constituído pelas componentes do grupo segurável efetivamente incluídas aceitas no seguro e cuja cobertura esteja em vigor.

4. CONDIÇÕES DE SEGURABILIDADE

4.1. Podem participar do seguro todas as componentes que, na data de inclusão no seguro, estejam em boas condições de saúde, possuam idade até o limite especificado nas Condições Particulares da apólice e preencham de próprio punho a proposta e respectiva Declaração Pessoal de Saúde.

4.2. A quota relativa a eventuais elevações individuais e espontâneas de capital segurado, tanto para a cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino, quanto para a cobertura de Auxílio Babá, Enfermeira ou Empregada, submetem-se às condições firmadas no item anterior, bem como à carência estabelecida no item 7 posterior.

5. RISCOS COBERTOS

5.1. **Cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino:** Garante à própria segurada, em vida, a antecipação de 100% do capital segurado contratado especificamente para esta cobertura, que é integralmente dedutível da cobertura Básica de Vida em Grupo, em caso de diagnóstico positivo de câncer de mama feminino.

5.2. **Cobertura Adicional de Auxílio Babá, Enfermeira ou Empregada:** Garante à própria segurada, em vida,

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

a antecipação de 100% do capital segurado contratado especificamente para esta cobertura, que é integralmente dedutível da cobertura Básica de Vida em Grupo, em caso de diagnóstico positivo de câncer de mama feminino, a título de auxílio às despesas com Babá, serviços de Enfermeira ou mesmo de uma Empregada doméstica, durante seu estado de recuperação. **Esta cobertura não pode ser comercializada isoladamente.**

5.3. Habilitação às coberturas: Entende-se por certificação de malignidade os resultados das análises anatomo e histopatológicas, obtidas através de biópsia ou de qualquer outro meio intevencionista que capacite tal confirmação diagnóstica sobre lesões identificadas como primárias ou metastáticas desta patologia.

6. RISCOS EXCLUÍDOS

6.1. Além dos riscos excluídos da cobertura Básica, bem como de todas as coberturas adicionais desse seguro, descritos no item 7 das Condições Gerais de Vida em Grupo, estão excluídos do presente seguros eventos ocorridos em consequência de:

- a) doenças e manifestações clínicas de qualquer espécie afetando a mama masculina;
- b) doença de qualquer espécie que afete a(s) mama(s) supranumerária(s);
- c) quaisquer outras doenças da mama não incluídas no conceito de “câncer de mama”, inclusas as

lesões pré-malignas, em qualquer estágio de evolução;

- d) quaisquer manifestações clínicas, benignas ou malignas, manifestas sobre e/ou na mama feminina que não as incluídas como dependentes e relacionadas à doença descrita sob o conceito de “câncer de mama”;
- e) doenças, mesmo que as incluídas no conceito de “câncer de mama”, que se manifestem como consequência de complicações, degenerações ou seqüelas ocorridas em mulheres expostas à tratamentos cirúrgicos com fins estéticos, redutores ou mesmo reconstrutores, mesmo que prescritos e/ou realizados por médicos, em qualquer tempo, na mama feminina.
- f) Uso intencional ou não de drogas, produtos químicos, entorpecentes, produtos farmacológicos ou de substâncias tóxicas comprovadamente reconhecidas como cancerígenas, mesmo que sob prescrição médica;
- g) Manuseio e exposição a material nuclear para quaisquer fim, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como, contaminação radioativa ou exposição à radiações nucleares ou ionizantes, inclusive para fins terapêuticos.

7. CARÊNCIA

7.1. Há carência de 3 (três) meses para a cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino e Cobertura Adicional de

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

- Auxílio Babá, Enfermeira ou Empregada, durante os quais a Segurada não poderá exigir qualquer indenização da Seguradora, em caso de diagnóstico positivo de doença.
- 7.2. Não há carência para a cobertura básica de Vida em Grupo, com exceção daquela prevista para a hipótese de suicídio, constante da alínea d, do item 7 das Condições Gerais de Vida em Grupo.
8. AVISO DE SINISTRO E DOCUMENTOS ESPECÍFICOS
- a) formulário de aviso de sinistro específico, devidamente preenchido;
 - b) documentos relacionados nos itens 1, 2, 3, 6, 7 e 20 da Tabela de Documentos contida no Manual de Procedimentos para Liquidação de Sinistros, que faz parte integrante destas Condições Especiais;
 - c) exames de imagem (ultrasonografia, mamografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e/ou outros exames assemelhados);
 - d) resultado de exame anatomopatológico e de estudo histopatológico;
 - e) relatórios médicos que datem da época do diagnóstico;
 - f) relatório médico descrevendo: tipo de neoplasia, estadiamento, características do estágio evolutivo atual da doença neoplásica;
- 8.1. Quando a segurada não mantiver vínculo direto com o Estipulante, os documentos relacionados nos itens 2 e 3 da Tabela de Documentos contida no Manual de Procedimentos para Liquidação de sinistros devem ser os da pessoa que mantenha esse vínculo direto com o Estipulante. Os documentos relacionados no item 4 prevalecem para ambos.
- 8.2. Entende-se por confirmação da doença a data da firmação do primeiro diagnóstico;
- 8.3. Entende-se por época do diagnóstico todo o período desde o início dos primeiros exames até a sua firmação.
9. PERÍCIA/JUNTA MÉDICA
- 9.1. A seguradora reserva-se o direito de solicitar quando entender conveniente, a realização de perícia médica na segurada.
- 9.2. É facultado ao Segurado que discordar da negativa de sinistro requerer à Seguradora o procedimento de junta médica. A junta médica tem por finalidade avaliar possíveis divergências sobre a causa, a natureza e a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade ou sobre matéria médica não prevista expressamente na apólice. A junta médica é constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela Seguradora.

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

9.3. Seguradora e Segurada abstêm-se de qualquer procedimento judicial, antes de conhecido o laudo da junta médica.

10. BENEFICIÁRIA

Será a própria segurada no caso de Cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino e da Cobertura Adicional de Auxílio Babá, Enfermeira ou Empregada.

11. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL

11.1. Os capitais segurados pelas Coberturas Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino, Cobertura Adicional de Auxílio Babá, Enfermeira ou Empregada e pela Cobertura Básica de Vida em Grupo não se acumulam.

11.2. Os capitais antecipados pela Cobertura Especial de Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino e Cobertura Adicional de Auxílio Babá, Enfermeira ou Empregada são integralmente dedutíveis do capital da cobertura Básica de Vida em Grupo e não sofrem reintegração.

11.3. Uma vez pago o adiantamento da Cobertura Especial por Diagnóstico de Câncer de Mama e da Cobertura Adicional de Auxílio Babá, Enfermeira ou Empregada a Segurada é excluída destas coberturas, podendo permanecer na apólice com o saldo do capital remanescente garantido exclusivamente pela Cobertura Básica de Vida em Grupo.

12. PRÊMIOS INDIVIDUAIS DO SEGURO

12.1. Na hipótese de configuração da doença e concretização do pagamento da indenização, conforme previsto no subitem 11.3 anterior, o prêmio relativo a cobertura Especial por Diagnóstico de Câncer de Mama e a Cobertura Adicional de Auxílio Babá, Enfermeira ou Empregada será proporcionalmente reduzido, em função da exclusão da Segurada dessas coberturas.

12.2. Na hipótese de haver constatação do diagnóstico de câncer de mama feminino durante o período de carência estipulado no item 7 anterior, a Seguradora devolverá os prêmios individuais pagos pela Segurada, corrigidos conforme legislação em vigor, e excluirá a segurada da apólice.

12.3. Na hipótese de haver constatação de preexistência do diagnóstico de câncer de mama feminino, a segurada será excluída da apólice sem direito a devolução dos prêmios pagos.

13. DUPLICIDADE DE COBERTURAS

Uma segurada não poderá estar coberta por mais de uma vez pela Cláusula Especial de Cobertura para Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino.

13.1. Em caso de duplicidade de coberturas a seguradora considerará a Seguradora considerará a Segurada garantida pela primeira proposta que tiver sido aceita e que esteja vigente,

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

devolvendo os prêmios pagos em duplicidade, corrigidos conforme legislação em vigor.

14. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

O presente seguro abrange eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, todavia, só estarão garantidos os segurados com residência fixa no Brasil.

15. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais da apólice que não contrariem as disposições desta cláusula e lhe sejam pertinentes.

16. REGISTRO NA SUSEP

As condições especiais fazem parte integrante das Condições Gerais de Vida em Grupo, registradas junto à SUSEP no processo administrativo sob o número 15414.001896/97-92.

ANEXO X - CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DOS EXCEDENTES TÉCNICOS DA APÓLICE

1. OBJETO

Fica entendido e concordado que a Seguradora concederá à apólice uma participação em seus resultados técnicos, nos termos das condições definidas a seguir, desde que tenha sido verificada uma média mensal mínima de 500 Segurados Principais durante o período de apuração.

2. APURAÇÃO DOS EXCEDENTES

A distribuição dos excedentes técnicos será realizada após o término da vigência anual da apólice, desde que a mesma seja renovada nesta Seguradora, e depois de pagas todas as faturas de prêmio do período em apuração e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, **sendo vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.**

3. DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO CUSTEIO

Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, propor-

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

cional ou integralmente destinado ao Segurado, podendo ainda ser revertido em benefícios ao grupo segurado, na forma estabelecida nas Condições Particulares da apólice.

3.1. Para os casos previstos no subitem anterior, deverá ser incluído no certificado individual informação de que o Segurado tem direito ao excedente técnico.

3.2. O percentual ou percentuais de reversão de excedente técnico deverão constar na proposta de contratação, de adesão e no contrato.

4. RECEITAS

Consideram-se como receitas para fins de apuração do resultado técnico:

- a)** os prêmios líquidos, de competência correspondente ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b)** o estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c)** a recuperação de sinistro de resseguro, até o limite dos prêmios cedidos, considerados na alínea "d" do item 5 posterior; e
- d)** o estorno da reserva de sinistros ocorridos e não avisados, do período de vigência anual anterior.

5. DESPESAS

Consideram-se como despesas para fins de apuração do resultado técnico:

- a)** as comissões de corretagem, de administração (pró-labore) e de agenciamento pagas durante o período;
- b)** o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época, pagos ou avisados, e ainda não considerados até o fim do período em apuração, computando-se de

uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;

c) os saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;

d) os prêmios de resseguro cedidos;

e) as despesas gerais de administração da Seguradora, calculadas em uma percentagem dos prêmios recebidos no período de apuração, bem como eventuais despesas extraordinárias com a apólice;

f) a reserva de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR – Incurred But Not Reported); e

g) impostos que venham a recair sobre os prêmios e sinistros, conforme item 30 das Condições Gerais.

6. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a)** respectivo pagamento para prêmios e comissões;
- b)** aviso à Seguradora para os sinistros;
- c)** respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d)** a data de recebimento do prêmio, para as despesas gerais da Seguradora.

6.1. A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término do período de apuração determinado no contrato até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos Segurados e/ou Estipulante um percentual do resultado apurado, estabelecido no contrato, observado o disposto no item 3 anterior .

7. DISPOSIÇÕES FINAIS

Do excedente apurado, uma parte será destinada à apólice, nos termos do item 3 anterior.

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

8. REPASSE DOS EXCEDENTES TÉCNICOS

A devolução dos excedentes técnicos será feita ao Estipulante do seguro, independentemente do tipo de custeio.

Nos seguros total ou parcialmente contributários, hipótese prevista no item 3 anterior, é de inteira responsabilidade do Estipulante efetuar a devolução do excedente técnico aos Segurados, na proporção de contribuição de cada um.

9. RATIFICAÇÃO

Os percentuais de participação do Estipulante nos excedentes técnicos a serem distribuídos, conforme item 1 anterior, das despesas gerais de administração, mencionadas no item 5, alínea "e", e a quantidade de salários mínimos que comporão cada quota para sorteio, nos termos do item 3 anterior, serão definidos em aditivo à apólice ou em suas Condições Particulares.

ANEXO XI - MANUAL DE PROCEDIMENTOS PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS VIDA EM GRUPO

TABELA DE DOCUMENTOS

Item	Descrição dos Documentos	COBERTURAS				
		Básica	IEA	IPA	IFPTD	IAF
1	Formulário Aviso de Sinistro (VDI-26) Nas coberturas de IPA e IFPTD é imprescindível o reconhecimento de firma, por Autenticidade, do médico que preencher o formulário Aviso de Sinistro. O aviso deverá ser preenchido pelo Estipulante nas informações que lhe couberem prestar, com assinatura e carimbo do responsável.	X	X	X	X	X
2	Ficha do Empregado	X	X	X	X	X
3	Cópia do último contra-cheque (Holerith) do segurado, com o desconto do prêmio no mês do evento.	X	X	X	X	X
4	Cópia da rescisão do contrato de trabalho, quando nesta houver desconto de prêmio de seguro.	X	X	-	X	-
5	Certidão de Óbito	X	X	-	-	X
6	Carteira de Identidade e CPF do Segurado	X	X	X	X	X
7	Proposta individual de adesão	X	X	-	X	-

**SEGURO DE PESSOAS****CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92**

8	Formulário de Indicação/alteração de Beneficiários	X	X	-	-	-
9	Declaração de Herdeiros, assinada e com firma reconhecida, na falta de indicação de Beneficiários	X	X	-	-	-
10	Carteira de Identidade e CPF dos Beneficiários	X	X	X	X	X
11	Certidão de Nascimento ou casamento, esta última pós óbito, dos Beneficiários	X	X	-	-	-
12	Certidão de Casamento (emitida pós óbito, em caso de sinistro na Cobertura de Inclusão Automática de Cônjuge)	X	X	-	-	-
13	Boletim de Ocorrência Policial	X	X	X	-	-
14	Laudo de necrópsia e laudos complementares	X	X	-	-	-
15	Inquérito Policial	-	X	X	-	X
16	Carteira Nacional de Habilitação (CNH) em caso de acidente de trânsito	-	X	X	-	-
17	Relatório médico (especificando em percentuais o grau de incapacidade e o tipo de seqüelas e suas relações de causa e efeito com o déficit descrito)	-	-	X	-	-
18	Laudo do primeiro atendimento e laudos de exames complementares relacionados com o acidente	-	-	X	-	-
19	CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho habilitada por médico	-	-	X	-	-
20	Relatório médico (constando o tempo da doença, quadro clínico atual e diagnóstico, mesmo que provável, prognóstico médico, expectativa de recuperação funcional, descrição do plano de tratamento e laudos dos exames realizados)	-	-	-	X	-
21	Notas Fiscais originais discriminando as despesas de cartório e as relativas ao funeral do Segurado sinistrado	-	-	-	-	X
22	Dados Bancários do Segurado e/ou Beneficiário(s) NOME DO BANCO, AGÊNCIA E N.º DA CONTA CORRENTE, em formulário específico (VG-76)	X	X	X	X	X
23	Comprovante de residência do sinistrado e dos Beneficiários (Água, luz, gás ou telefone)	X	X	X	X	X

1. Documentos

1.1. Os documentos solicitados devem ser apresentados em cópias autenticadas.

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

1.2. É facultado à Seguradora exigir o reconhecimento da firma, nos casos que julgar necessário; entretanto, será sempre exigido o reconhecimento de firma do médico que preencher o Aviso de Sinistro.

1.3. Laudos de Exame: Os exames complementares originais (filmes de Raio X, tomografias computadorizadas, ressonâncias nucleares magnéticas, exames laboratoriais e outros) NÃO DEVEM ser enviados, a não ser quando a área médica da Seguradora os solicitar. A documentação que deve ser enviada limita-se à cópia dos laudos especificando os resultados na íntegra, observadas as exigências da tabela de documentos, itens 17 e 20.

1.4. Sigilo Médico: Todos os documentos médicos deverão ser encaminhados, embalados, devidamente lacrados, sob tarja confidencial, aos cuidados da área médica da Generali. Quando da necessidade do envio de exames originais, estes deverão ser embalados de modo a não permitirem dobras, amassos, vincos ou quaisquer outras injúrias que possam causar dano de qualquer espécie ou intensidade. Após análise a área médica devolverá os mesmos em molde semelhante e sob os cuidados do representante local da Seguradora, onde os mesmos estarão disponíveis para devolução Segurados/Beneficiários.

1.5. Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) – Toda CAT, para quaisquer situações previstas na legislação, deve ser aberta com citação de 2 (duas) testemunhas e devidamente habilitadas por médico, no verso.

1.6. Procurações por Instrumento Particular - Sempre em original e com firma do outorgante reconhecida. Tanto o outorgante como o outorgado devem estar claramente qualificados com o n.º do documento de

identidade e do CPF, naturalidade, estado civil, profissão e endereço, devendo ser específica para a Generali, dando poderes ao outorgado para receber e dar quitação.

1.7. Documentação complementar: Dependendo das circunstâncias da ocorrência do sinistro, a Seguradora poderá exigir outros documentos que esclareçam tais circunstâncias e que não constam da tabela acima.

2. Recibos

Os recibos de pagamento do capital segurado, assinados pelos beneficiários com a anotação do número da Carteira de Identidade e CPF, devem ser devolvidos de imediato à Seguradora.

2.1. Beneficiários analfabetos ou impossibilitados de assinarem - A quitação será a rogo, com a aposição da impressão digital do beneficiário e a assinatura de duas testemunhas, com identificação através da anotação do número da carteira de identidade.

3. Preenchimento do Aviso de Sinistro (VDI-26):

a) Morte Natural/Morte Acidental - Deverão ser preenchidos todos os campos referentes à frente do formulário, sendo que, nas assinaturas do Estipulante, devem constar carimbo com endereço e CNPJ, e, do médico assistente, carimbo com CRM e reconhecimento de firma deste último;

a.1) deve-se SEMPRE proporcionar meio de contato com o médico assistente;

b) Invalidez por Doença - Deverão ser preenchidos os campos referentes aos Dados do Estipulante/Segurado, Declaração do Segurado e Declaração do médico assistente, observando se a cobertura pleiteada é por acidente ou doença;

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

b.1) ressaltamos que nos campos onde constarem assinaturas, deverão sempre seguir o mesmo critério citado.

3.1. Devem ser preenchidos todos os itens pelo Estipulante, Segurado, declarante e/ou médico assistente do Segurado, no que lhes couber, com as respectivas assinaturas e carimbos. O verso do formulário (parte superior) deverá ser preenchido pelo médico assistente do Segurado, descrevendo com clareza as lesões, comprometimentos, seqüelas e perdas funcionais resultantes e decorrentes do acidente, para melhor avaliação do estado de invalidez. Para facilitar esta tarefa, apresentamos, no item posterior, exemplos de descrição de seqüelas e perdas funcionais que, seguidos pelo médico assistente, nos fornecerá informações mais precisas que abreviarão a análise do sinistro, apressando sua liquidação. Sempre que houver necessidade de maiores esclarecimentos quanto ao grau de invalidez, não compreendidos e/ou insuficientes na documentação apresentada, poderá ser exigida uma perícia médica, a ser realizada segundo orientação da área médica da seguradora, sendo esta uma prerrogativa técnica cujas orientação do modo e deliberação deverão ser da responsabilidade exclusiva da Matriz da Seguradora, assim como a realização de juntas médicas e sindicâncias de esclarecimentos.

4. Exemplo de Descrição de Seqüelas e Perdas Funcionais

4.1. Membros Superiores

a) Amputações - Descrever exatamente o nível da amputação (braço, antebraço, mão e dedos).

Exemplo: terço inferior do braço (à altura do cotovelo), articulação interfalângiana proximal do 2º quirodactilo (dedo da mão);

b) Paralisias - Descrever o segmento e os movimentos paralisados. Estimar o grau de comprometimento e a perda funcional decorrente. Descrever sinais visíveis na região (espasmos, atrofia).

Exemplo: Comprometimento parcial da musculatura responsável pela flexão do antebraço direito, causando prejuízo funcional, equivalente a 30% do membro superior direito;

c) Restrição de movimento:

c.1) Ombro: redução da elevação, abdução, adução (sempre estimando a intensidade), presença de atrofia (descrever localização exata e grau), impotência funcional dolorosa.

c.2) Cotovelo: redução da flexão, supinação ou pronação do antebraço (estimando o grau), atrofia muscular do braço ou antebraço;

c.3) Punho: redução da flexão ou extensão;

c.4) Mão: deformação, desvios ou deformidade dos dedos, atrofia musculares nas mãos.

Observação: Deve ser esclarecido se existem outras afecções que acometem os segmentos atingidos, como traumas, artroses, osteoporose, lesões anteriores, que possam interferir na recuperação do Segurado.

4.2. Membros Inferiores

a) Amputações - Descrever o nível exato (coxa, perna, pé e artelhos);

b) Paralisias - Descrever o segmento e os movimentos paralisados. Estimar o grau de comprometimento e a perda funcional decorrente. Descrever sinais visíveis na região (espasmos, atrofia).

Exemplo: Comprometimento parcial da musculatura responsável pela flexão de perna direita, causando prejuízo funcional, equivalente a 50% do membro inferior direito;

c) Restrição de movimento:

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

c.1) Articulação coxo-femural - flexão, extensão, abdução, adução da coxa;

c.2) Joelho - redução da flexão da perna (estimando o grau), atrofias musculares na coxa e perna;

c.3) Tornozelo - redução da flexão e extensão do pé (estimando o grau);

c.4) Pé - deformidades, amputações;

d) Encurtamento de membros - Expressar as reduções e as datas em que estas ocorreram. Informar os métodos utilizados e documentar com envio de laudo de exame complementar que comprove o resultado;

e) Prejuízo de ambulação (marcha) - Estimar e descrever condições que comprometem o deslocamento do Segurado.

4.2.1. Deve ser esclarecido se existem outras afecções que acometem os segmentos atingidos, como traumas, artroses, osteoporose, lesões anteriores, que possam interferir na recuperação do Segurado.

4.2.2. Todos os comprometimentos e suas respectivas perdas de função devem ser esclarecidos de modo que se possa compreender a relação de causa e efeito, com clareza, assim como devem ser estabelecidos os graus de perda funcional então decorrentes.

4.2.3. Quando houver prejuízo funcional das mãos e/ou da marcha, devem ser caracterizados, além da perda funcional setorial, a estimativa de comprometimento global do Segurado, de acordo com o prognóstico evolutivo e a expectativa de recuperação decorrente dos planos de tratamento.

4.2.4. Em caso de traumas de partes moles (mãos, braços, coxas), lesões articulares (cotovelo, quadril), fraturas e outras lesões de extremidades, poderão ser solicitados pela área médica da Seguradora os “filmes” originais dos exames complementares

realizados pelo Segurado (Raio X, Tomografia).

5. Documentos que Qualificam e Habilitam o Beneficiário

a) Cônjuge - Certidão de Casamento, expedida pelo cartório após óbito do Segurado e identidade e CPF;

b) Pais - Certidão de Nascimento, de Casamento e carteira de identidade e CPF;

c) Filhos - Certidão de Nascimento, de Casamento e carteira de identidade e CPF;

d) Filhos menores - tratando-se de menores impúberes (até 16 anos), quando tiverem tutor natural (pai ou mãe), o pagamento do capital segurado poderá ser efetuado a um deles, que receberá em nome do menor em função do pátrio poder.

Caso não haja tutor natural, será necessário Termo de Tutela e Alvará Judicial autorizando expressamente à Generali do Brasil a fazer a liquidação do pagamento do capital Segurado, junto a cópia da identidade e CPF do tutor nomeado. Os menores púberes (16 a 18 anos) recebem o pagamento do capital segurado assistidos pelos pais ou responsáveis;

e) Companheira(o) do Segurado - caso o(a) Segurado(a) tenha designado sua(seu) companheira(o) como beneficiária(o) e seja solteiro(a), viúvo(a), separado(a) consensualmente ou divorciado(a), deverá ser apresentada cópia da carteira profissional do Segurado(a) com a averbação de dependência junto ao INSS, junto a cópia da identidade e CPF do(a) companheiro(a).. Inexistindo a averbação, apresentar cópia da Declaração do Imposto de Renda onde conste a(o)

companheira(o) como dependente, nos termos da legislação pertinente ou prova de união estável. Caso o(a) Segurado(a) seja

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

casado(a) e tenha indicado sua(seu) companheira(o) como beneficiária(o), o pagamento do capital segurado será feito de acordo com a orientação, em cada caso, do nosso departamento jurídico.

f) Outras cláusulas beneficiárias (parentes ou amigos) - deverá ser encaminhada cópia da carteira de identidade e CPF do beneficiário;

g) Beneficiário falecido - Certidão de Óbito. Caso a morte do beneficiário seja anterior ao

óbito do Segurado, a parte do beneficiário falecido é revertida aos demais beneficiários. Caso a morte do beneficiário seja posterior ao óbito do Segurado, a parte do primeiro será indenizada conforme legislação em vigor.

6. Caracterização da cobertura de IPD

Invalidez Permanente e Total por Doença: Apresentamos a seguir quadro demonstrativo, considerando períodos onde vigoraram as circulares da SUSEP estabelecendo o conceito de data de sinistro por IPD:

Questão / Circular	Circular SUSEP nº 017/92	Circular SUSEP nº 017/95	Circular SUSEP nº 048/98	Circular SUSEP nº 302/05
Caracterização de responsabilidade	Responde a Seguradora que estiver com a apólice em vigor na data de caracterização do evento	Idem	Idem	Na data indicada pelo médico assistente, devidamente comprovada por exames complementares
Caracterização do evento	Na data da carta de concessão da aposentadoria ou, se anterior, a data do laudo médico definitivo	Não explicitada na circular	A data da concessão da aposentadoria (início da mesma) ou, se anterior, a data no laudo definitivo	Conforme indicação do médico assistente, devidamente comprovada por exames complementares
Determinação do limite individual de garantia da apólice	A mesma data da caracterização do evento	Subdividida em função do vínculo empregatício: - com vínculo: a data do dia posterior ao afastamento definitivo; - sem vínculo: a data do aviso de sinistro	Retorna à situação prevista na Circular nº 017/92, ou seja, volta a ser a mesma da data de caracterização do evento	A mesma data da caracterização do evento
Período em vigor	17.07.1992 a 12.09.1995	13.09.1995 a 23.06.1998	24.06.1998 a 30.06.2006	A partir de 01/07/2006

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

GLOSSÁRIO GERAL

ADITIVO: condição suplementar incluída no contrato de seguro. O termo aditivo também é empregado no mesmo sentido de endosso.

AGENCIAMENTO: trabalho de convencimento feito junto a pessoas seguráveis a fim de que elas firmem adesão, por meio de Proposta Individual de Adesão, ao Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais Coletivo, total ou parcialmente contributários.

ÂMBITO DE COBERTURA: abrangência da cobertura em determinado tipo de seguro, ou seja, a delimitação entre riscos que estão cobertos e os que não estão.

APÓLICE: documento emitido pela Sociedade Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos.

ASSISTIDO: Beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado sob a forma de renda.

AVISO DE SINISTRO: comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado é obrigado a fazer à Seguradora, assim que tenha conhecimento dele.

BENEFICIÁRIO: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos

capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

BOA-FÉ: um dos princípios básicos do seguro. Este princípio obriga as partes a atuarem com a máxima honestidade na interpretação dos termos do contrato e na determinação do significado dos compromissos assumidos. O Segurado se obriga a descrever com clareza e precisão a natureza do risco que deseja cobrir, assim como ser verdadeiro em todas as declarações posteriores, relativas a possíveis alterações do risco ou à ocorrência de sinistro. A Seguradora, por seu lado, é obrigada a dar informações exatas sobre o contrato e a redigir seu conteúdo de forma clara para que o Segurado possa compreender os compromissos assumidos por ambas as partes. Esse princípio obriga, igualmente, a Seguradora a evitar o uso de fórmulas ou interpretações que limitem sua responsabilidade perante o Segurado.

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

CARREGAMENTO: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: documento destinado ao Segurado, emitido pela Seguradora no caso de contratação coletiva,

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

CLÁUSULA ADICIONAL: cláusula suplementar, adicionada ao contrato, estabelecendo condições suplementares. Em geral, as apólices de seguros já trazem impressas as cláusulas reguladoras do contrato (Condições Gerais), daí a necessidade de cláusulas adicionais para a estipulação de novas condições, conforme a natureza do seguro.

COBERTURA: proteção conferida por um contrato de seguro ou de resseguro. Também chamada como garantia, com a qual por vezes se confunde.

COBERTURA BÁSICA: cobertura principal de um ramo. É básica porque sem ela não é possível emitir uma apólice. A ela são agregadas as Coberturas Adicionais, Acessórias ou Suplementares, se ou quando for o caso.

COBERTURAS DE RISCO: coberturas do Seguro de Pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data predeterminada.

CONDIÇÃO PARTICULAR DO SEGURO: disposição introduzida na apólice com a finalidade de destacar, enfatizar, especificar e ratificar determinados aspectos da cobertura, enfocados de forma particular.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO: disposições anexadas à apólice e que modificam as Condições Gerais, ampliando ou restringindo as suas disposições.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da Seguradora, dos Segurados, dos Beneficiários e, quando couber, do Estipulante.

CONTRATO: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e as obrigações do Estipulante, da Seguradora, dos Segurados e dos Beneficiários.

CONSIGNANTE: pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da Seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos Segurados.

CORRETOR DE SEGUROS: perante a legislação brasileira, o corretor é o intermediário, pessoa física ou jurídica, legalmente autorizado a angariar e a promover contratos de seguro, entre as Seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas, de direito público ou privado, podendo ser brasileiro ou estrangeiro, se pessoa física, mas com residência permanente no país. Ao corretor é permitido ter prepostos de sua livre escolha, bem como designar, entre eles, o que o substitua nos seus impedimentos ou faltas. A habilitação do corretor ao exercício da profissão depende da obtenção

de um diploma de aprovação em exame promovido pela FUNENSEG.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (DPS): questionário, normalmente integrante da Proposta Individual de Adesão, no qual o proponente do Seguro de Vida, individual ou em grupo, presta as informações sobre seu estado de saúde

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

e por elas se responsabiliza, sob as penas previstas no Código Civil, substituindo o exame médico.

ESTIPULANTE: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como Estipulante instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como Estipulante-averbador quando não participar do custeio.

ESTORNO DE PRÊMIO: retificação de erro cometido, ao lançar, indevidamente, um prêmio ou parcela do mesmo, em crédito ou débito.

EVENTO: toda e qualquer ocorrência ou acontecimento passível de ser garantido por uma apólice de seguro.

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

FATOR DE CÁLCULO: resultado numérico, calculado mediante a utilização de taxa de juros e tábua biométrica, quando for o caso, empregado para obtenção do valor do capital segurado pagável sob a forma de renda.

GARANTIA: ver Coberturas de Risco.

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

GRUPO SEGURÁVEL: totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúnem as condições para inclusão na apólice coletiva.

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

ÍNDICE DE SINISTRALIDADE: coeficiente ou percentagem que indica a proporção existente

entre o custo dos sinistros, ocorridos num conjunto de riscos ou carteira de apólices, e o volume global dos prêmios advindos de tais operações no mesmo período.

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

LIMITE MÁXIMO DE GARANTIA DA APÓLICE: importância em dinheiro fixada na apólice, correspondente ao valor máximo estabelecido para o maior capital objeto do seguro. Pode ser fixo, quando o capital segurado é pago integralmente (Seguros de Vida, por exemplo), ou proporcional, quando o capital segurado é apurado segundo os danos sofridos (invalidez parcial).

LIMITE MÁXIMO INDIVIDUAL DE GARANTIA DA APÓLICE: importância em dinheiro fixada na apólice, correspondente ao valor máximo individual contratado para cada Segurado equivale ao capital individual segurado.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO: processo para pagamento de indenizações ao Segurado.

MIGRAÇÃO DE APÓLICES: transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

NOTA TÉCNICA ATUARIAL: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na Susep previamente à comercialização.

NATIMORTO: aquele que nasceu morto ou que, tendo vindo à luz com sinais de vida, logo morreu.

PARÂMETROS TÉCNICOS: a taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.

PERÍODO DE COBERTURA: aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários,

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

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

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

PRÊMIO COMERCIAL: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

PRÊMIO PURO: valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

PRÓ-LABORE: denominação dada também à comissão de administração, sob a forma percentual, devida enquanto vigorar a apólice, pagável ao Estipulante ou a quem este indicar para administrar o Seguro de Vida em Grupo e/ou Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

PROPONENTE: o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

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.

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

REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL: restabelecimento da importância segurada, após o sinistro e o pagamento do capital segurado pelo evento coberto.

RENDA: série de pagamentos periódicos a que tem direito o assistido (ou assistidos), de acordo com a estrutura do plano.

RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA: modalidade de renovação na qual o seguro permanece em vigor, sempre que não exista manifestação em contrário de uma ou de ambas as partes contratantes.

RESSEGURADOR: pessoa jurídica, Seguradora e/ou Resseguradora, que aceita, em resseguro, a totalidade ou parte das responsabilidades repassadas pela Seguradora direta, ou por outros Resseguradores, recebendo esta última operação o nome de retrocessão.

RISCO: evento incerto ou de data incerta que independe da vontade das partes contratantes e contra o qual é feito o seguro. O risco é a expectativa de sinistro. Sem risco não pode haver contrato de seguro. É comum a palavra ser usada, também, para significar a coisa ou pessoa sujeita ao risco.

RISCOS EXCLUÍDOS: são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano.

SALDAMENTO: direito à manutenção da cobertura com redução proporcional do capital segurado contratado na eventualidade da interrupção definitiva do pagamento dos prêmios.

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

SEGURADO PRINCIPAL: pessoa física ou jurídica que, tendo interesse segurável, contrata o seguro em seu benefício pessoal ou de terceiros.

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92

SEGURO: contrato pelo qual uma das partes se obriga, mediante cobrança de prêmio, a indenizar outra pela ocorrência de determinados eventos ou por eventuais prejuízos. É a proteção econômica que o indivíduo busca para prevenir-se contra a necessidade aleatória.

SEGURO DE PESSOAS COM CAPITAL GLOBAL: modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, respeitados os critérios técnico-operacionais, forma e limites fixados pela Susep, segundo a qual o valor do capital segurado referente a cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo segurado.

SEGURO PROLONGADO: direito à manutenção temporária da cobertura, com o mesmo capital segurado contratado, na eventualidade de ocorrer a interrupção definitiva do pagamento dos prêmios.

SINISTRO: ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

TABELA PRICE: tabela que apresenta coeficiente que permite cálculo da prestação de um financiamento ou de uma renda para pagamento em valores iguais e sucessivos, já incluídos o principal e os juros. O cálculo é feito pela simples multiplicação do capital ou da dívida pelo coeficiente correspondente ao prazo em que a dívida/renda será paga.

TÁBUA DE MORTALIDADE: definida como “o instrumento destinado a medir as probabilidades de vida e de morte”. Consiste, na sua forma mais elementar, em uma tabela que registra, de um grupo inicial de pessoas da mesma idade, o número daquelas que vão atingindo as diferentes idades, até a extinção completa do referido grupo.

TAXA: elemento necessário à fixação das tarifas de prêmios, cálculo de juros, reservas matemáticas etc. A taxa é uma percentagem fixa, que se aplica a cada caso determinado, estabelecendo a importância necessária ao fim visado. Nos Seguros de Vida em Grupo, é comum encontrar taxas expressas em per milagem (%).

Observações Importantes:

1. O registro deste processo junto à SUSEP – Superintendência de Seguros Privados - não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

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



Matriz: Av. Rio Branco, 128 – Rio de Janeiro – RJ
CEP: 20040-002 – Tel: 2508-0100 – Fax: 2509-7393
CNPJ: 33.072.307/001-57

SEGURO DE PESSOAS

CONDIÇÕES GERAIS - Processo SUSEP: 15414.001896/97-92