

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO

ALFA VIDA PERSONALIZADO

VIDA EM GRUPO E/OU ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

Processo SUSEP 15414.003005/2006-01

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

Sumário

OUVIDORIA	3
DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS	5
CONDIÇÕES GERAIS	10
1. OBJETIVO DO SEGURO	10
2. GARANTIAS DO SEGURO	10
2.1 ESTRUTURA	10
2.2 GARANTIAS BÁSICAS	11
2.3 GARANTIAS ADICIONAIS	27
2.4 CLAUSULAS SUPLEMENTARES	29
2.5 CLAUSULAS ESPECIAIS	29
3. PRAZO DE VIGÊNCIA	30
4. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO	30
5. ACEITAÇÃO DO SEGURO	31
6. NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO	31
7. CAPITAL SEGURADO	32
8. ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO	32
9. REVISÃO DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO	32
10. INCLUSÃO DE SEGURADOS	32
11. CARÊNCIA	33
12. RENOVAÇÃO DO SEGURO	33
13. RISCOS EXCLUÍDOS	33
14. REGIME FINANCEIRO	34
15. PROVA DO SEGURO	34
16. REAVALIAÇÃO E AJUSTE DE TAXA	35
17. CANCELAMENTO	35
18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL	36
19. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE	36
20. OUTROS SEGUROS	37
21. CUSTEIO DO SEGURO	37
22. PAGAMENTO DO PRÊMIO	37
23. BENEFICIÁRIOS	39
24. INDENIZAÇÃO	40
25. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO	42
25.1 AVISO DE SINISTRO	42
25.2 DOCUMENTOS A SEREM ENVIADOS	42
26. OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	55
27. AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA	55
28. ALTERAÇÃO DE CONTRATO	56
29. PRESCRIÇÃO	56
30. FORO	56
CLÁUSULAS SUPLEMENTARES	57
CLÁUSULAS ESPECIAIS	61

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

OUVIDORIA

É um canal independente de comunicação, criado para auxiliar os clientes na solução de eventuais divergências sobre o contrato de seguro, podendo ser usado depois de esgotados os canais regulares de atendimento, tais como SAC (Serviço de Atendimento a Clientes) e departamentos envolvidos na divergência em questão.

OBJETIVOS DA OUVIDORIA

As empresas Alfa Seguradora S.A. – CNPJ 02.713.529/0001-88 – Código SUSEP 0646-7 e Alfa Previdência e Vida S.A. – CNPJ 02.713.530/0001-02 – Código SUSEP 0289-5 instituíram a figura do Ouvidor com os seguintes objetivos:

- Receber os recursos dos clientes;
- Informar sobre o encaminhamento e andamento dado à sua solicitação;
- Apreciar e resolver os eventuais conflitos de interesse que surjam na execução dos respectivos contratos de seguros ou previdência privada, protegendo seus direitos e garantindo a equidade de suas relações com nossas empresas;
- Conhecer as opiniões, os anseios, insatisfações e elogios dos clientes.

QUEM PODE RECORRER

Os segurados, beneficiários, terceiros, corretores em nome de clientes, estipulantes e representantes legais que discordem de decisões tomadas pelas nossas empresas em questões derivadas dos respectivos contratos de seguros, ou que já tenham decorrido 30 (trinta) dias do pedido formulado.

Para maior agilidade do processo o pedido de análise, com a documentação respectiva, poderá ser enviado pelo corretor de seguros ao Ouvidor.

O QUE PROCEDE

1º) Os canais regulares de atendimento (SAC – Serviço de Atendimento a Clientes) e departamentos envolvidos, devem ter analisado o pedido antes de o recurso ser apresentado à Ouvidoria.

2º) Somente serão analisados os casos cujas reclamações não tenham sido objeto de ação judicial ou tenham recorrido aos órgãos de proteção e defesa do consumidor.

COMO RECORRER

O recurso é gratuito, deve ser formulado por escrito e encaminhado a:

OUVIDORIA – Alfa Seguradora

Alameda Santos, nº 466 – 7º andar - CEP: 01418-000 - São Paulo – SP

E-mail: ouvidoria@alfaseg.com.br

Telefone: 0800-774-2352

Para uso exclusivo de deficientes auditivos: 0800 770 5140

Após acusar o recebimento dos recursos, o Ouvidor analisará cada caso tendo o prazo de até 15 (quinze) dias para sua resolução.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

MAIOR GARANTIA PARA O SEGURADO

As decisões do Ouvidor serão acatadas pelas Empresas, obedecidos aos termos do Regulamento da Ouvidoria.

Permanece inalterado o direito do cliente de recorrer ao judiciário, a qualquer momento, ou caso não aceite a decisão do Ouvidor, obedecidos aos prazos prescricionais em vigor.

QUEM É O OUVIDOR

Profissional com os seguintes princípios de atuação:

Isenção: Sem vínculo empregatício com as Empresas.

Conhecimento: Profundo domínio das questões sobre seguros e referencial para o mercado.

Autonomia: As decisões serão cumpridas pelas Empresas.

Moral: A reputação é credencial de equilíbrio, justiça e ética.

A FUNÇÃO DO OUVIDOR

Proteger os direitos dos Segurados e demais clientes, zelando pela equidade de suas relações com as empresas.

CONHEÇA O REGULAMENTO

Consulte o Regulamento da Ouvidoria disponibilizado em:

www.alfaseguradora.com.br

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

DEFINIÇÕES E GLOSSÁRIO DE TERMOS TÉCNICOS

▲ **Acidente Pessoal:** É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a Morte ou a Invalidez Permanente Total ou Parcial do **Segurado** ou tome necessário o tratamento médico.

Incluem-se, ainda, no conceito:

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

Para fins deste seguro, **NÃO se incluem no conceito de acidente pessoal as:**

- Doenças (inclusive as profissionais), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- Intercorrências ou complicações consequentes à realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto.
- 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 Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- 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 ora definido nestas Condições Gerais.

▲ **Agravamento do Risco:** Circunstâncias ou alterações que aumentam a intensidade e/ou a probabilidade da ocorrência do risco.

▲ **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 tomando o segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.

▲ **Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

▲ **Apólice:** É o documento emitido pela **Seguradora** que comprova a relação contratual com o **Estipulante** e formaliza a aceitação do risco pela **Seguradora**.

▲ **Atividade Laborativa:** Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

▲ **Atividade Laborativa Principal:** É aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, dentro do determinado exercício anual.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- ▲ **Aviso de Sinistro:** Comunicação do **Segurado** ou seu(s) beneficiário(s) à **Seguradora** sobre a ocorrência de um evento ou sinistro.
- ▲ **Beneficiário(s):** É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência de sinistro.
- ▲ **Capital Segurado:** É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro.
- ▲ **Carência:** É o espaço de tempo durante o qual o Segurado e/ou seus beneficiários, mesmo com o pagamento dos prêmios, não têm direito a determinadas garantias.
- ▲ **Carregamento:** É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.
- ▲ **Cardiopatia Grave:** Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “**Consenso Nacional de Cardiopatia Grave**”.
- ▲ **Certificado Individual de Seguro:** É o documento destinado ao Segurado, emitido pela sociedade **Seguradora** no caso de contratação coletiva que formaliza a aceitação do proponente do grupo segurável, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.
- ▲ **Coberturas de Risco:** Coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.
- ▲ **Condições contratuais:** É o 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, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.
- ▲ **Condições Gerais:** Conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem obrigações e direitos, dos **Segurados**, dos **Beneficiários**, do **Estipulante**, do **Sub-Estipulante** e da **Seguradora** e que integram a apólice.
- ▲ **Condições Especiais:** Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.
- ▲ **Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- ▲ **Consignante:** pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados;
- ▲ **Consumção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- ▲ **Contrato:** É o instrumento jurídico firmado entre o **Estipulante** e/ou **Sub-estipulante** e a Seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do **Estipulante e/ou Sub-estipulante**, da Seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.
- ▲ **Corretor de Seguros:** É a pessoa física ou jurídica devidamente habilitada e registrada junto à SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) para intermediar e promover a realização de plano de seguro entre os **Estipulantes, Sub-Estipulantes e/ou Segurados** junto à **Seguradora**, sendo o corretor responsável pela orientação destes no que se refere, às Coberturas, Obrigações e Exclusões do contrato.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- ▲ **Dados Antropométricos:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- ▲ **Declaração Médica:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde 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 de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
- ▲ **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 Preexistente:** doença de conhecimento do Segurado e não declarada na Proposta de Adesão.
- ▲ **Doença Profissional:** Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- ▲ **Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- ▲ **Estipulante ou Sub-Estipulante:** É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, perante a Seguradora, 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 do plano.
- ▲ **Etiologia:** Causa de cada doença.
- ▲ **Evento Coberto:** É o acontecimento futuro, possível e incerto, em virtude do qual o Beneficiário pode receber a indenização prevista na(s) garantia(s) contratada(s).
- ▲ **Evento Preexistente:** É toda doença contraída, ainda que não manifestada, ou acidente ocorrido com o **Segurado** titular ou dependente, anteriormente à data do início de vigência do seguro.
- ▲ **Excedente Técnico:** É a participação estabelecida no Contrato sobre o saldo positivo apurado pela diferença entre as receitas e as despesas da apólice, relativas à cada ano de sua vigência, que será calculado no final deste período.
- ▲ **Franquia:** Período durante o qual o **Segurado** é responsável pelos prejuízos decorrentes de um sinistro.
- ▲ **Garantias/Coberturas:** São as obrigações que a **Seguradora** assume perante o **Estipulante, Sub-Estipulante** e/ou **Segurado**, quando da ocorrência de um evento coberto.
- ▲ **Grupo Segurado:** É o conjunto de componentes do grupo segurável efetivamente aceitos e incluídos na apólice coletiva, cuja cobertura esteja em vigor.
- ▲ **Grupo Segurável:** São as pessoas físicas vinculadas ao **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** que, estando em perfeitas condições de saúde e plena atividade de suas funções profissionais, podem ser incluídas na apólice coletiva.
- ▲ **Hígido:** Saudável.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- ▲ **Início de vigência:** É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.
- ▲ **Indenização:** É o valor que a **Seguradora** paga ao **Segurado** ou a seu Beneficiário em decorrência de sinistro coberto, limitado ao valor do Capital Segurado estabelecido para cada garantia contratada e demais condições do seguro.
- ▲ **Médico:** É o profissional legalmente habilitado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico o próprio **Segurado**, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
- ▲ **Médico Assistente:** Médico que está assistindo ao **Segurado** ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- ▲ **Migração de apólices:** a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.
- ▲ **Nota Técnica Atuarial:** É o documento, previamente protocolizado na SUSEP, que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano.
- ▲ **Período de Cobertura:** É o período durante o qual o **Segurado** ou seus beneficiários, quando for o caso, farão jus aos 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.
- ▲ **Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- ▲ **Proponente:** É o componente do Grupo Segurável que propõe sua adesão ao seguro e que passará à condição de **Segurado** titular somente após a sua aceitação pela **Seguradora**.
- ▲ **Proposta de adesão:** É o 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:** É o documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Estipulante e /ou Sub-Estipulante, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- ▲ **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.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

▲ **Regime Financeiro de Repartição Simples:** É a estrutura técnica em que os prêmios pagos por todos os segurados da apólice e/ou pelo Estipulante e/ou Sub-Estipulante, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período.

▲ **Reintegração:** É a recomposição do Capital Segurado de uma Cobertura, na mesma proporção em que foi reduzido em função da ocorrência de um sinistro coberto pela apólice.

▲ **Relações Existenciais:** Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

▲ **Risco:** Probabilidade de ocorrência de evento futuro e incerto, de natureza súbita e imprevista, independente da vontade do **Segurado** ou Beneficiário do Seguro, cuja ocorrência pode provocar prejuízos de natureza econômica.

▲ **Riscos Excluídos:** Eventos preestabelecidos nas Condições Gerais e/ou Especiais do seguro, que isentam a **Seguradora** de qualquer responsabilidade quanto ao pagamento relativo a estes eventos.

▲ **Seguradora:** É a ALFA Previdência e Vida S.A., denominada nas Cláusulas do contrato apenas **Seguradora**, empresa autorizada pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) a funcionar no Brasil como tal. A **Seguradora**, recebendo o prêmio, assume o risco e garante indenização em caso de ocorrência de sinistro amparado pelo contrato.

▲ **Segurados:** Termo genérico que se aplica a pessoa física tanto ao **Segurado Titular** como ao **Segurado Dependente**.

▲ **Segurados Titulares:** São as pessoas físicas que mantêm vínculo com o **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** e que, por adesão, são incluídas neste seguro.

▲ **Segurados Dependentes:** O cônjuge/companheiro(a), os filhos, os enteados e os menores considerados dependentes do **Segurado** Titular, cujos direitos e deveres estão descritos nas Cláusulas Suplementares e desde que estas tenham sido contratadas e ratificadas no Contrato.

▲ **Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

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

▲ **Sinistro:** Termo que define o acontecimento do evento previsto e coberto no contrato.

▲ **SUSEP – Superintendência de Seguros Privados:** É o órgão responsável pelo controle e pela fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

▲ **Transferência Corporal:** Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

▲ **Vigência:** É o período de tempo que determina o início e o fim da validade do seguro e das garantias contratadas.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

CONDIÇÕES GERAIS

Estas Condições aplicam-se a todas as Garantias contratadas pelo *Estipulante*, *Sub-Estipulante* e/ou *Segurado*, dentro da apólice, com exceção dos pontos em que forem expressamente modificadas pelo Contrato.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise de risco.

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

O *Estipulante*, *Sub-Estipulante* e/ou *Segurado* poderão 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.

Recomendamos a leitura atenta deste manual, especialmente no que se refere a RISCOS EXCLUÍDOS do seguro.

Outras informações através do SAC 0800-774-2532 | Ouvidoria 0800-774-2352 – e-mail: ouvidoria@alfaseg.com.br. Para uso exclusivo de deficientes auditivos: SAC 0800-770-5244 | Ouvidoria: 0800-770-5140.

1. OBJETIVO DO SEGURO

O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao **Segurado** ou a seus beneficiários, caso venha ocorrer um sinistro coberto pela apólice durante sua vigência e em consequência direta dos riscos expressamente convencionados nas coberturas contratadas, conforme estas Condições Gerais, Contrato e Cláusulas Suplementares mencionadas neste manual, **exceto se decorrente dos riscos excluídos**.

2. GARANTIAS DO SEGURO

As garantias deste seguro dividem-se em Garantias Básicas e Adicionais, podendo ser contratadas de acordo com a opção feita pelo *Estipulante* e/ou *Sub-Estipulante* na Proposta de Contratação e ratificadas no Contrato, em favor dos **Segurados**.

Constarão do Contrato de cada apólice as garantias escolhidas pelo *Estipulante* e/ou *Sub-Estipulante*, suas particularidades e respectivos critérios de composição dos capitais segurados, sendo obrigatória a contratação de pelo menos uma das Garantias Básicas para a validade deste seguro.

As garantias adiante relacionadas deverão ser sempre consideradas em conjunto com o que dispõe os riscos excluídos, constantes no item 13 das Condições Gerais deste manual.

2.1 ESTRUTURA

Este seguro oferece as seguintes garantias:

△ Garantias Básicas:

- ▲ Morte
- ▲ Morte – Auxílio Funeral
- ▲ Morte – Assistência Funeral
- ▲ Morte – Cesta Básica – Auxílio Alimentação
- ▲ Morte Acidental (MA)
- ▲ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- ▲ Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)
- ▲ Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)
- △ Garantias Adicionais:
 - ▲ Morte – Despesas com Rescisão Contratual
 - ▲ Invalidez Permanente Total por Doença Congênita de Filhos
 - ▲ Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença

2.2 GARANTIAS BÁSICAS

▲ Morte (M)

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização em caso de falecimento do **Segurado**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, qualquer que seja a causa.

Esta cobertura não prevê franquia.

Forma de Pagamento

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia.

Seguro de Menores

A Garantia de Morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, as quais podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

▲ Morte – Auxílio Funeral

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor correspondente às despesas do funeral, em caso de falecimento do **Segurado** Titular ou Dependentes, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, qualquer que seja a causa, observadas as regras do item anterior “Seguro de Menores”. Esta cobertura poderá ser contratada de forma adicional ao capital segurado de Morte ou dedutível deste, quando for dedutível não haverá cobrança de prêmio.

Esta cobertura não prevê franquia.

Forma de Pagamento

O pagamento do Auxílio Funeral poderá ser feito em forma de indenização no valor do capital segurado contratado para esta garantia, ou através de reembolso dos valores gastos com o funeral, mediante apresentação das Notas Fiscais e Recibos originais de tais despesas, de acordo com o plano contratado determinados em Contrato.

O pagamento do Auxílio Funeral não caracteriza, pela Seguradora, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais que possam ter sido contratadas.

▲ Morte – Assistência Funeral

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização em caso de falecimento do **Segurado** Titular ou Dependentes, observadas as regras do item anterior “Seguro de Menores”, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, qualquer que seja a causa.

Esta cobertura não prevê franquia.

Forma de Pagamento

O Segurado poderá escolher livremente entre o pagamento da indenização ou a utilização da prestação de serviços de assistência funeral em caso de falecimento do **Segurado** Titular ou Dependentes, de acordo com o padrão e o plano contratados determinados no Contrato.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

A prestação de serviços de Assistência Funeral não caracteriza, pela **Seguradora**, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais que possam ter sido contratadas.

PADRÕES DE ATENDIMENTO DA ASSISTÊNCIA:

△ PADRÃO STANDARD

Na ocorrência de falecimento do **Segurado**, um familiar ou amigo deste deverá comunicar a **Seguradora** para que a mesma tome todas as providências que se façam necessárias, através, inclusive, de atendentes **in loco**, isentando assim a família de qualquer trabalho e/ou despesa referentes aos serviços necessários para o completo atendimento do evento.

Será executado o Funeral completo, com a prestação dos seguintes serviços:

- **Urna** - Descrição: Estilo sextavado, sobretampo inteiriço, 6 fixadores tipo concha com varões laterais, forração em tecido branco, babado em tecido morim branco, sobrebabado (rendão) branco 20 cm de largura, taxas douradas visor pequeno de vidro rodeado por renda, travesseiro solto, símbolo da religião da família.
- **Remoção do corpo** – Descrição: Através de carro funerário do local do falecimento e/ou S.V.O (Serviço de Verificação de Óbitos) ou I.M.L. (Instituto Médico Legal) até o local de preparação. (no município do falecimento).
- **Preparação do corpo** - Descrição: Higienização, tamponamento / formolização e preparação sendo: barba, banho, vestimenta (ato de vestir) e maquiagem simples. Acomodação do corpo na uma Tanatopraxia e Embalsamamento, quando necessário.
- **Carro funerário para cortejo** - Descrição: Transporte da urna e enfeites florais em veículo apropriado para cortejo, desde o local do velório até o local de sepultamento ou cremação.
- **Carreto ESSA** - Descrição: Transporte dos paramentos essa e da urna mortuária até o local do velório.
- **Paramentos ESSA** - Descrição: Esplendor, cavaletes, castiçais com velas, mesa de condolências e aparelho de ozona, quando necessário.
- **Serviço Assistencial** - Descrição: Acompanhamento e orientação aos familiares quanto aos procedimentos necessários para liberação do corpo e para o sepultamento, inclusive o fornecimento de livro de registro de presenças e divulgação do óbito na imprensa, ou seja, anúncio em jornal de circulação no município do Usuário (quando habitual).
- **Registro de óbito** - Descrição: Registro de óbito em cartório (Quando a legislação do município permitir).
- **Taxa de sepultamento** - Descrição: Pagamento das taxas correspondente ao serviço em referência, sendo:
 - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de sepultamento dentro do limite de assistência contratada.
 - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de sepultamento dentro do limite de assistência contratada.
- **Taxa de velório**:
 - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de velório em Cemitério / capela municipal;
 - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de velório dentro do limite de assistência estipulada no plano contratado.
- **Enfeite floral e coroa** – Flores naturais da época (dependendo da região será utilizado flores desidratadas e/ou artificiais), limitado a 01 (uma) coroa, em nome da família.
- **Aluguel de jazigo**: Descrição: Aluguel por um período de 03 a 05 anos, conforme legislação local e somente em cemitério público, e na sua impossibilidade em cemitério particular, onde existe um acordo de concessão com a prefeitura local (obedecendo ao limite contratual).

▲ PADRÃO ESPECIAL

Na ocorrência de falecimento do **Segurado**, um familiar ou amigo deste deverá comunicar a **Seguradora** para que a mesma tome todas as providências que se façam necessárias, através, inclusive, de atendentes **in loco**, isentando assim a família de qualquer trabalho e/ou despesa referentes aos serviços necessários para o completo atendimento do evento.

Será executado o Funeral completo, com a prestação dos seguintes serviços:

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- **Urna** - Descrição: Estilo sextavado, sobretampo inteiriço, 6 fixadores tipo concha com varões laterais, forração em tecido branco, babado em tecido morim branco, sobrebabado (rendão) branco 20 cm de largura, taxas douradas visor pequeno de vidro rodeado por renda, travesseiro solto, símbolo da religião da família.
- **Remoção do corpo** – Descrição: Através de carro funerário do local do falecimento e/ou S.V.O (Serviço de Verificação de Óbitos) ou I.M.L. (Instituto Médico Legal) até o local de preparação. (no município do falecimento).
- **Preparação do corpo** - Descrição: Higienização, tamponamento / formolização e preparação sendo: barba, banho, vestimenta (ato de vestir) e maquiagem simples. Acomodação do corpo na uma Tanatopraxia e Embalsamamento, quando necessário.
- **Carro funerário para cortejo** - Descrição: Transporte da urna e enfeites florais em veículo apropriado para cortejo, desde o local do velório até o local de sepultamento ou cremação.
- **Carreto ESSA** - Descrição: Transporte dos paramentos essa e da urna mortuária até o local do velório.
- **Paramentos ESSA** - Descrição: Esplendor, cavaletes, castiçais com velas, mesa de condolências e aparelho de ozona, quando necessário.
- **Serviço Assistencial** - Descrição: Acompanhamento e orientação aos familiares quanto aos procedimentos necessários para liberação do corpo e para o sepultamento, inclusive o fornecimento de livro de registro de presenças e divulgação do óbito na imprensa, ou seja, anúncio em jornal de circulação no município do Usuário (quando habitual).
- **Registro de óbito** - Descrição: Registro de óbito em cartório (Quando a legislação do município permitir).
- **Taxa de sepultamento ou cremação** - Descrição: Pagamento das taxas correspondente ao serviço em referência, sendo:
 - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de sepultamento ou cremação dentro do limite de assistência contratada.
 - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de sepultamento ou cremação dentro do limite de assistência contratada.
- **Taxa de velório**:
 - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de velório em Cemitério/capela municipal;
 - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de velório dentro do limite de assistência estipulada no plano contratado.
- **Enfeite floral e coroa** – Flores naturais da época (dependendo da região será utilizado flores desidratadas e/ou artificiais), limitado a 01 (uma) coroa, em nome da família.
- **Aluguel de jazigo**: Descrição: Aluguel por um período de 03 a 05 anos, conforme legislação local e somente em cemitério público, e na sua impossibilidade em cemitério particular, onde existe um acordo de concessão com a prefeitura local (obedecendo ao limite contratual).
- **Cremação**: Efetuada somente quando respeitadas as determinações da legislação em vigor. Nessa hipótese, o serviço será executado na cidade do óbito ou se não houver na cidade este serviço, será na cidade mais próxima, no Brasil, e as cinzas serão entregues aos familiares. As despesas com passagem e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Cremação correrão por conta da família.
- **Traslado**: Transporte do corpo, do local onde ocorreu o falecimento para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado e em uma mortuária apropriada. O traslado será oferecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do segurado, constante na apólice. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.

▲ PADRÃO LUXO

Na ocorrência de falecimento do **Segurado**, um familiar ou amigo deste deverá comunicar a **Seguradora** para que a mesma tome todas as providências que se façam necessárias, através, inclusive, de atendentes **in loco**, isentando assim a família de qualquer trabalho e/ou despesa referentes aos serviços necessários para o completo atendimento do evento.

Será executado o Funeral completo, com a prestação dos seguintes serviços:

- **Urna** - Descrição: Estilo sextavado, sobretampo inteiriço, 6 fixadores tipo concha com varões laterais, forração em tecido branco, babado em tecido morim branco, sobrebabado (rendão) branco 20 cm de largura, taxas douradas visor pequeno de vidro rodeado por renda, travesseiro solto, símbolo da religião da família.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- **Remoção do corpo** – Descrição: Através de carro funerário do local do falecimento e/ou S.V.O (Serviço de Verificação de Óbitos) ou I.M.L. (Instituto Médico Legal) até o local de preparação. (no município do falecimento).
- **Preparação do corpo** - Descrição: Higienização, tamponamento / formolização e preparação sendo: barba, banho, vestimenta (ato de vestir) e maquiagem simples. Acomodação do corpo na uma Tanatopraxia e Embalsamamento, quando necessário.
- **Carro funerário para cortejo** - Descrição: Transporte da urna e enfeites florais em veículo apropriado para cortejo, desde o local do velório até o local de sepultamento ou cremação.
- **Carreto ESSA** - Descrição: Transporte dos paramentos essa e da urna mortuária até o local do velório.
- **Paramentos ESSA** - Descrição: Esplendor, cavaletes, castiçais com velas, mesa de condolências e aparelho de ozona, quando necessário.
- **Serviço Assistencial** - Descrição: Acompanhamento e orientação aos familiares quanto aos procedimentos necessários para liberação do corpo e para o sepultamento, inclusive o fornecimento de livro de registro de presenças e divulgação do óbito na imprensa, ou seja, anúncio em jornal de circulação no município do Usuário (quando habitual).
- **Registro de óbito** - Descrição: Registro de óbito em cartório (Quando a legislação do município permitir).
- **Taxa de sepultamento ou cremação** - Descrição: Pagamento das taxas correspondente ao serviço em referência, sendo:
 - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de sepultamento ou cremação dentro do limite de assistência contratada.
 - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de sepultamento ou cremação dentro do limite de assistência contratada.
- **Taxa de velório**:
 - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de velório em Cemitério/capela municipal;
 - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de velório dentro do limite de assistência estipulada no plano contratado.
- **Enfeite floral e coroa** – Flores naturais da época (dependendo da região será utilizado flores desidratadas e/ou artificiais), limitado a 02 (duas) coroas, em nome da família.
- **Aluguel de jazigo**: Descrição: Aluguel por um período de 03 a 05 anos, conforme legislação local e somente em cemitério público, e na sua impossibilidade em cemitério particular, onde existe um acordo de concessão com a prefeitura local (obedecendo ao limite contratual).
- **Cremação**: Efetuada somente quando respeitadas as determinações da legislação em vigor. Nessa hipótese, o serviço será executado na cidade do óbito ou se não houver na cidade este serviço, será na cidade mais próxima, no Brasil, e as cinzas serão entregues aos familiares. As despesas com passagem e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Cremação correrão por conta da família.
- **Traslado**: Transporte do corpo, do local onde ocorreu o falecimento para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado e em uma mortuária apropriada. O traslado será oferecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do segurado, constante na apólice. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.

▲ PADRÃO LUXO II

Na ocorrência de falecimento do **Segurado**, um familiar ou amigo deste deverá comunicar a **Seguradora** para que a mesma tome todas as providências que se façam necessárias, através, inclusive, de atendentes **in loco**, isentando assim a família de qualquer trabalho e/ou despesa referentes aos serviços necessários para o completo atendimento do evento.

Será executado o Funeral completo, com a prestação dos seguintes serviços:

- **Urna** - Descrição: Estilo sextavado, sobretampo inteiriço, 6 fixadores tipo concha com varões laterais, forração em tecido branco, babado em tecido morim branco, sobrebabado (rendão) branco 20 cm de largura, taxas douradas visor pequeno de vidro rodeado por renda, travesseiro solto, símbolo da religião da família.
- **Remoção do corpo** – Descrição: Através de carro funerário do local do falecimento e/ou S.V.O (Serviço de Verificação de Óbitos) ou I.M.L. (Instituto Médico Legal) até o local de preparação. (no município do falecimento).

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- **Preparação do corpo** - Descrição: Higienização, tamponamento / formolização e preparação sendo: barba, banho, vestimenta (ato de vestir) e maquiagem simples. Acomodação do corpo na uma Tanatopraxia e Embalsamamento, quando necessário.
- **Carro funerário para cortejo** - Descrição: Transporte da uma e enfeites florais em veículo apropriado para cortejo, desde o local do velório até o local de sepultamento ou cremação.
- **Carreto ESSA** - Descrição: Transporte dos paramentos essa e da uma mortuária até o local do velório.
- **Paramentos ESSA** - Descrição: Esplendor, cavaletes, castiçais com velas, mesa de condolências e aparelho de ozona, quando necessário.
- **Serviço Assistencial** - Descrição: Acompanhamento e orientação aos familiares quanto aos procedimentos necessários para liberação do corpo e para o sepultamento, inclusive o fornecimento de livro de registro de presenças e divulgação do óbito na imprensa, ou seja, anúncio em jornal de circulação no município do Usuário (quando habitual).
- **Registro de óbito** - Descrição: Registro de óbito em cartório (Quando a legislação do município permitir).
- **Taxa de sepultamento ou cremação** - Descrição: Pagamento das taxas correspondente ao serviço em referência, sendo:
 - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de sepultamento ou cremação dentro do limite de assistência contratada.
 - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de sepultamento ou cremação dentro do limite de assistência contratada.
- **Taxa de velório**:
 - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de velório em Cemitério/capela municipal;
 - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de velório dentro do limite de assistência estipulada no plano contratado.
- **Enfeite floral e coroa** – Flores naturais da época (dependendo da região será utilizado flores desidratadas e/ou artificiais), limitado a 02 (duas) coroas de flores média, 1 (uma) coroa de flores grande e 1 arranjo de flores para decoração da sala de velório.
- **Aluguel de jazigo**: Descrição: Aluguel por um período de 03 a 05 anos, conforme legislação local e somente em cemitério público, e na sua impossibilidade em cemitério particular, onde existe um acordo de concessão com a prefeitura local (obedecendo ao limite contratual).
- **Cremação**: Efetuada somente quando respeitadas as determinações da legislação em vigor. Nessa hipótese, o serviço será executado na cidade do óbito ou se não houver na cidade este serviço, será na cidade mais próxima, no Brasil, e as cinzas serão entregues aos familiares. As despesas com passagem e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Cremação correrão por conta da família.
- **Traslado**: Transporte do corpo, do local onde ocorreu o falecimento para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado e em uma mortuária apropriada. O traslado será oferecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do segurado, constante na apólice. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.
- **Transmissão de Mensagens Urgentes**: Através do atendimento da Assistência Funeral será possível transmitir mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do segurado.

▲ PADRÃO PREMIUM

Atendimento Social

Na ocorrência de falecimento do **Segurado**, um familiar ou amigo deste deverá comunicar a **Seguradora** para que a mesma tome todas as providências que se façam necessárias, através, inclusive, de atendentes **in loco**, isentando assim a família de qualquer trabalho e/ou despesa referentes aos serviços necessários para o completo atendimento do evento.

Será executado o Funeral completo, com a prestação dos seguintes serviços:

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- **Urna** - Descrição: Estilo sextavado, sobretampo inteiriço, 6 fixadores tipo concha com varões laterais, forração em tecido branco, babado em tecido morim branco, sobrebabado (rendão) branco 20 cm de largura, taxas douradas visor pequeno de vidro rodeado por renda, travesseiro solto, símbolo da religião da família.
- **Remoção do corpo** – Descrição: Através de carro funerário do local do falecimento e/ou S.V.O (Serviço de Verificação de Óbitos) ou I.M.L. (Instituto Médico Legal) até o local de preparação. (no município do falecimento).
- **Preparação do corpo** - Descrição: Higienização, tamponamento / formolização e preparação sendo: barba, banho, vestimenta (ato de vestir) e maquiagem simples. Acomodação do corpo na uma Tanatopraxia e Embalsamamento, quando necessário.
- **Carro funerário para cortejo** - Descrição: Transporte da urna e enfeites florais em veículo apropriado para cortejo, desde o local do velório até o local de sepultamento ou cremação.
- **Carreto ESSA** - Descrição: Transporte dos paramentos essa e da urna mortuária até o local do velório.
- **Paramentos ESSA** - Descrição: Esplendor, cavaletes, castiçais com velas, mesa de condolências e aparelho de ozona, quando necessário.
- **Serviço Assistencial** - Descrição: Acompanhamento e orientação aos familiares quanto aos procedimentos necessários para liberação do corpo e para o sepultamento, inclusive o fornecimento de livro de registro de presenças e divulgação do óbito na imprensa, ou seja, anúncio em jornal de circulação no município do Usuário (quando habitual).
- **Registro de óbito** - Descrição: Registro de óbito em cartório (Quando a legislação do município permitir).
- **Taxa de sepultamento ou cremação** - Descrição: Pagamento das taxas correspondente ao serviço em referência, sendo:
 - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de sepultamento ou cremação dentro do limite de assistência contratada.
 - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de sepultamento ou cremação dentro do limite de assistência contratada.
- **Taxa de velório**:
 - o Cemitério Municipal: Pagamento da taxa de velório em Cemitério/capela municipal;
 - o Cemitério Particular: Pagamento da taxa de velório dentro do limite de assistência estipulada no plano contratado.
- **Enfeite floral e coroa** – Flores naturais da época (dependendo da região será utilizado flores desidratadas e/ou artificiais), limitado a 02 (duas) coroas e 2 (dois) arranjos de flores, em nome da família.
- **Aluguel de jazigo**: Descrição: Aluguel por um período de 03 a 05 anos, conforme legislação local e somente em cemitério público, e na sua impossibilidade em cemitério particular, onde existe um acordo de concessão com a prefeitura local (obedecendo ao limite contratual).
- **Cremação**: Efetuada somente quando respeitadas as determinações da legislação em vigor. Nessa hipótese, o serviço será executado na cidade do óbito ou se não houver na cidade este serviço, será na cidade mais próxima, no Brasil, e as cinzas serão entregues aos familiares. As despesas com passagem e hospedagem para o acompanhamento da Cerimônia de Cremação correrão por conta da família.
- **Traslado**: Transporte do corpo, do local onde ocorreu o falecimento para o velório e até o local de sepultamento no Brasil, por meio de transporte mais adequado e em uma mortuária apropriada. O traslado será oferecido apenas quando o óbito ocorrer fora do município de residência do segurado, constante na apólice. As despesas com passagem e hospedagem correrão por conta da família.
- **Transmissão de Mensagens Urgentes**: Através do atendimento da Assistência Funeral será possível transmitir mensagens de caráter urgente, relacionadas aos serviços que serão prestados, mediante solicitação da família do segurado.
- **Transporte Familiar**: em caso de falecimento onde houver a necessidade legal da presença de um membro da família para liberação do corpo, será fornecida uma passagem aérea de ida e volta.

Riscos Excluídos

Além dos demais riscos constantes no item 13 deste manual excluem-se da cobertura de Morte – Assistência Funeral, para todos os tipos de padrão:

a) Roupas em geral;

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- b) Anúncio em rádio ou jornal;
- c) Missa de 7º dia ou contratação de religioso para conduzir o culto;
- d) Xerox da documentação;
- e) Café, bebidas, refeições em geral;
- f) Compra de jazigo;
- g) Confecção de gaveta em túmulo de terceiro;
- h) Lápides e/ou gravações;
- i) Cruzes;
- j) Reforma em geral no jazigo;
- k) Exumação de corpo em jazigo da família;
- l) Custo de capela e sepultamento superior aos praticados pelo Município;
- m) Despesas de qualquer natureza que não sejam relacionadas diretamente com o funeral, não previstas nestas Condições Gerais;
- n) Quaisquer reembolsos de despesas providenciadas diretamente pela família, mesmo que cobertas pela presente assistência;
- o) Necromaqueiagem (as técnicas de preservação – tanatopraxia e embalsamento – terão seus custos cobertos em caso de traslado aéreo do corpo, considerando esta despesa como parte dos valores de cobertura estipulados.

▲ Morte – Cesta Básica – Auxílio Alimentação

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de um valor determinado no Contrato de Seguro a título de Auxílio Alimentação – Cesta Básica, em caso de falecimento do **Segurado** Titular, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, qualquer que seja a causa.

Esta cobertura não prevê franquias.

Forma de Pagamento

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia ou através da contratação de empresa que providenciará a entrega de Cestas Básicas mensalmente, observado o valor do capital segurado, a critério do segurado e conforme determinado no Contrato de Seguro, desde que expressamente solicitada pelo segurado ou beneficiários.

▲ Morte Acidental (MA)

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização em caso de falecimento do **Segurado**, decorrente, **exclusivamente, de acidente pessoal coberto**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

Esta cobertura não prevê franquias.

Seguro de Menores

A Garantia de Morte, nos seguros de menores de 14 (quatorze) anos, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais, as quais podem ser substituídas, a critério da **Seguradora**, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

Riscos Excluídos

Excluem-se ainda da garantia de Morte Acidental, além dos demais riscos constantes no item 12 deste manual, os sinistros decorrentes de:

- a) Suicídio cometido no período de 2 (dois) anos a contar da vigência inicial do Bilhete, em conformidade com o disposto no artigo 798 do Código Civil Brasileiro;

Forma de Pagamento

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

▲ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidenta (IPA)

Garante ao **Segurado** o pagamento de uma indenização em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial de um membro ou órgão **em virtude de lesão física causada, exclusivamente, por acidente pessoal coberto com o Segurado**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado.

Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, o segurado será imediata e automaticamente cancelado, sendo devolvido o valor do prêmio eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, atualizado monetariamente.

Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

A ocorrência de Invalidez Permanente Parcial por Acidente e o conseqüente pagamento do Capital Segurado não caracteriza o cancelamento do seguro, sendo devido o pagamento do prêmio correspondente.

1.1.1. Tabela de Cálculo da Indenização em caso de Invalidez Permanente por Acidente

No caso de Invalidez Permanente por Acidente, 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 sociedade seguradora pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DIVERSOS	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		
INVALIDEZ DEGRADADA	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
	Perda total do uso de um dos membros superiores	70

CONDIÇÕES GERAIS

VIDA EM GRUPO

	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo.	
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL DOS MEMBROS INFERIORES	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
	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 tíbia-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente a 1/2; dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	• de 5 centímetros ou mais	15
• de 4 centímetros	10	
• de 3 centímetros	6	
• menos de 3 centímetros	0	

PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		
DISCRIMINAÇÃO	Discriminação	% sobre o Capital Segurado

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

MANDÍBULA	
Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos	
Em grau mínimo	05
Em grau médio	10
Em grau máximo	20
NARIZ	
Amputação total de nariz com perda de olfato	25
Perda total do olfato	07
Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO	
Diplopia	15
Lesões das vias Lacrimais	
Unilateral	07
Unilateral com fístulas	15
Bilateral	14
Bilateral com fístulas	25
Lesões da pálpebra	
Ectrópio unilateral	03
Ectrópio bilateral	06
Entrópio unilateral	07
Entrópio bilateral	14
Má oclusão palpebral unilateral	03
Má oclusão palpebral bilateral	06
Ptose palpebral unilateral	05
Ptose palpebral bilateral	10
APARELHO DE FONAÇÃO	
Perda da palavra (mudez incurável)	50
Perda de substância (palato mole e duro)	15
SISTEMA AUDITIVO	
Amputação total de uma orelha	08
Amputação total de duas orelhas	16
PERDA DO BAÇO	
APARELHO URINÁRIO	
Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
Cistostomia (definitiva)	30
Incontinência urinária permanente	30
Perda de um rim, com rim remanescente	
Com função renal preservada	30
Redução da função renal (não dialítica)	50
Redução da função renal (dialítica)	75
Perda de rim único	75

PERDA DE USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA

A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
Discriminação	% sobre o Capital Segurado

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	
Perda de um testículo	05
Perda de dois testículos	15
Amputação traumática do pênis	40
Perda de um ovário	05
Perda de dois ovários	15
Perda do útero antes da menopausa	30
Perda do útero depois da menopausa	10
PESCOÇO	
Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15
Traqueostomia definitiva	40
TÓRAX	
APARELHO RESPIRATORIO	
Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia parcial ou total)	
Com função respiratória preservada	15
Com redução em grau mínimo da função respiratória	25
Com redução em grau médio da função respiratória	50
Com insuficiência respiratória	75
MAMAS (FEMININAS)	
Mastectomia unilateral	10
Mastectomia bilateral	20
ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
Gastrectomia subtotal	20
Gastrectomia total	40
INTESTINO DELGADO	
Ressecção parcial	20
Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
INTESTINO GROSSO	
Colectomia parcial	20
Colectomia total	40
Colostomia definitiva	40
RETO E ÂNUS	
Incontinência fecal sem prolapso	30
Incontinência fecal com prolapso	50
Retenção anal	10
FIGADO	
Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
Lobectomia com insuficiência hepática	50
SINDROMES NEUROLOGICAS	
Epilepsia pós-traumática	20
Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefaleia)	20
Síndrome pós-concussional	05

a) No caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido à percentagem de redução prevista na tabela para perda total do membro, órgão ou parte atingida;

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

b) Na falta de indicação da percentagem de redução, e sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento);

c) Em todos os casos de Invalidez Parcial não especificados na tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão;

d) Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para o caso de Invalidez Permanente por Acidente;

e) Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à percentagem da indenização prevista para sua perda total;

f) 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 definitivo;

g) A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente;

h) A Invalidez Permanente por Acidente deve ser comprovada através de declaração médica que a ateste, podendo ainda esta ser complementada pela Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez fornecida pelo INSS, caso este a tenha concedido, bem como por resultados de exames realizados em virtude do acidente; e

i) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente total ou parcial por acidente.

j) 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 capital segurado por morte, se contratada esta cobertura.

k) O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

Reintegração de Garantia

Nos casos de Invalidez Parcial o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem a cobrança de prêmio adicional.

Esta cobertura não prevê franquia.

Forma de Pagamento

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia.

▲ Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)

Garante ao **Segurado** o pagamento de uma indenização em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente em virtude de lesão física causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto com o **Segurado**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, atestada por profissional legalmente habilitado. Caso o segurado também tenha contratado a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), na ocorrência de Invalidez Total do segurado, o mesmo terá o direito a receber duas indenizações.

Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente, o segurado será imediata e automaticamente cancelado, sendo devolvido o valor do prêmio eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, atualizado monetariamente.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

No caso de Invalidez Permanente por Acidente, 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 sociedade seguradora pagará uma indenização de acordo com a seguinte tabela:

Tabela de Cálculo da Indenização em Caso de Invalidez Permanente		
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	Discriminação	% sobre o Capital Segurado
	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100

a) Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do capital segurado para o caso de Invalidez Permanente Total por Acidente;

b) 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 definitivo;

c) A perda de dentes e os danos estéticos, em consequência de acidente, não dão direito a indenização por Invalidez Permanente;

d) A Invalidez Permanente Total por Acidente deve ser comprovada através de declaração médica que a ateste, podendo ainda esta ser complementada pela Carta de Concessão da Aposentadoria por Invalidez fornecida pelo INSS, caso este a tenha concedido, bem como por resultados de exames realizados em virtude do acidente;

e) A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente total ou parcial por acidente;

f) 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 capital segurado por morte, se contratada esta cobertura;

l) O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

Esta cobertura não prevê franquia.

Forma de Pagamento

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia.

▲ Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)

Garante ao **Segurado Titular** o pagamento do Capital Segurado contratado relativa, a esta Cobertura, em caso de invalidez funcional permanente e total do próprio Segurado **Titular**, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, em consequência de doença que cause a perda da existência independente, exceto se decorrente dos riscos excluídos.

Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente por Doença pela Seguradora, esta pagará o valor da indenização de uma só vez ao próprio Segurado.

Após o pagamento do Capital Segurado da cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro será imediata e automaticamente cancelado, sendo devolvido o valor do prêmio eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, atualizado monetariamente.

Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

Para fins desta garantia a Perda da Existência Independente do Segurado **Titular** será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado.

Consideram-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 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 em que configure a necessidade de expedição do termo de curatela;**
- 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;**

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- 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.

O Quadro Clínico Incapacitante de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença deve ser comprovado através de parâmetros e documentos do médico-assistente do Segurado justificando o estado de invalidez do mesmo, acompanhada dos laudos e resultados de exames clínicos a que o Segurado tiver se submetido.

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

O IAIF é composto por duas Tabelas.

A primeira, Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, avalia, através de escalas compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida - Atributos. O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas. Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas. Todos os Atributos constantes na primeira Tabela serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

A segunda, Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade, valoriza cada uma das situações ali previstas. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAS E DE ESTADOS CONEXOS

RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS	10

CONDIÇÕES GERAIS

VIDA EM GRUPO

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

CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES), E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20

CONNECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

A IDADE DO SEGURADO INTERFERE NA ANÁLISE DA MORBIDADE DO CASO E OU HÁ IMC – ÍNDICE DE MASSA CORPORAL SUPERIOR A 40.	02
---	----

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

HÁ RISCO DE SANGRAMENTOS, RUPTURAS E OU QUAISQUER OUTRAS OCORRÊNCIAS IMINENTES QUE POSSAM AGRAVAR A MORBIDADE DO CASO.	02
HÁ OU HOVE RECIDIVA, PROGRESSÃO EM DOENÇA TRATADA E OU AGRAVO MANTIDO ASSOCIADO OU NÃO À DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIDA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA	08

Riscos Excluídos

Além dos demais riscos constantes no item 13 deste manual excluem-se da garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

- a) 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, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e
- c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

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.

Esta cobertura não prevê franquia.

2.3 GARANTIAS ADICIONAIS

▲ Morte – Despesas com Rescisão Contratual

Garante ao **Estipulante** ou **Sub-Estipulante** o reembolso de um valor correspondente às despesas com rescisão contratual, em caso de falecimento do **Segurado** Titular, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, qualquer que seja a causa.

Esta cobertura não prevê franquia.

Esta garantia somente será comercializada para seguros com a forma de custeio Não Contributário.

Forma de Pagamento

O pagamento será feito através de reembolso dos valores gastos com as despesas com rescisão contratual, mediante apresentação do Termo de Rescisão Contratual original.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

O pagamento das Despesas com Rescisão Contratual não caracteriza, pela **Seguradora**, o reconhecimento de obrigação para pagamento de qualquer indenização de outras coberturas de Seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais que possam ter sido contratadas.

▲ Invalidez Permanente Total por Doença Congênita de Filhos

Garante a antecipação ao **Segurado** titular do pagamento da indenização relativa à garantia de morte de filhos, em caso de Invalidez Permanente Total conseqüente a doença congênita, quando este ocorrer dentro do período de cobertura.

Esta cobertura não prevê franquia.

Forma de Pagamento

O pagamento desta garantia será feito de uma só vez, em forma de indenização, no valor total do limite estabelecido para esta garantia.

▲ Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença – PAD (Pagamento Antecipado em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total em decorrência de Doença):

Garante o pagamento em caso de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, em conseqüência de doença, adquirida durante o Exercício Profissional, será pago ao próprio empregado Segurado, a título de antecipação da cobertura de Morte, 100% (cem por cento) do capital segurado, desde que caracterizada a invalidez.

Considera-se como data do evento a data do laudo médico indicando o início da Invalidez, ou a concessão de aposentadoria pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) se anterior, que se enquadre no conceito acima. O Capital Segurado para indenização desta cobertura será o valor contratado na data do evento.

Após o pagamento do Capital Segurado, conforme previsto nestas Condições Gerais, o Segurado será imediata e automaticamente excluído da apólice, sendo devolvido o valor do prêmio eventualmente pago após a data do requerimento do pagamento do Capital Segurado, atualizado monetariamente.

Não restando comprovada a Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença, esta cobertura permanecerá em vigor, assim como as demais coberturas eventualmente contratadas, não sendo devida qualquer devolução de prêmios.

Esta cobertura cessará automaticamente quando o(a) Segurado(a) completar 70 (setenta) anos de idade, sendo deduzido o valor do prêmio correspondente e permanecendo em vigor a apólice com a(s) outra(s) cobertura(s) contratada(s).

Para fins desta cobertura, entende-se que a indenização a que o Segurado fará jus, considerando como Risco Coberto, por meio da cobertura de Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença, somente será devida no caso em que o próprio Segurado seja considerado INVÁLIDO DE FORMA DEFINITIVA E PERMANENTE POR CONSEQUÊNCIA DE DOENÇA, que o impeça de desenvolver definitivamente sua atividade laborativa principal e que pela qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, desde que a data do início de tratamento e/ou diagnóstico da Doença caracterizada seja posterior à data de sua inclusão no seguro, e enquanto houver sua permanência contratual na empresa contratante, devidamente comprovada pelo vínculo empregatício com a empresa contratante (estipulante e/ou sub-estipulante).

Desde que efetivamente comprovada e paga a indenização de invalidez de Doença, o Segurado será excluído do seguro, em caráter definitivo, não cabendo o direito de nenhuma outra indenização futura ao mesmo Segurado, mesmo que este Segurado venha desempenhar outras funções na empresa ou em qualquer outra atividade nesta ou outra empresa, no País ou Exterior.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

Entende-se por Atividade Laborativa principal aquela através da qual o segurado obteve maior renda comprovada pelo registro na Carteira de Trabalho e Previdência Social, dentro de determinado exercício anual.

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

Esta cobertura não prevê franquia.

Forma de Pagamento

Sendo reconhecida a invalidez pelo médico da Seguradora, esta pagará o valor da indenização de uma só vez ao próprio Segurado.

Riscos Excluídos

Além dos demais riscos constantes no item 13 deste manual excluem-se da garantia de Invalidez Laborativa Permanente e Total por Doença:

- a) **doenças, acidentes ou lesões preexistentes a contratação do seguro, inclusive as congênitas, não declaradas na proposta de adesão.**
- b) **Não podem configurar como Segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa.**

Comprovação de Invalidez

A Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença deve ser comprovada por relatório médico detalhado pelo médico-assistente do Segurado justificando seu o estado de invalidez, acompanhado dos laudos e resultados de exames clínicos e laboratoriais a que o Segurado tiver se submetido e que também comprovem sua invalidez.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, precede a avaliação do sinistro, mas não caracteriza, por si só, a Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença.

Ocorrência do Sinistro

Em caso de sinistro cabe ao(s) Segurado(s)/Beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 25 - Procedimentos em caso de Sinistro - das Condições Gerais, providenciando os documentos básicos descritos no item 25.2 (Documentos a serem enviados) da cobertura destacada, das Condições Gerais.

2.4 CLAUSULAS SUPLEMENTARES

- ▲ **Inclusão Automática de Cônjuge**
- ▲ **Inclusão de Filhos**
- ▲ **Inclusão Facultativa de Cônjuge**
- ▲ **Distribuição de Excedente Técnico**

2.5 CLAUSULAS ESPECIAIS

- ▲ **Cláusula Especial de Cirurgia Decorrente de Acidente Pessoal**
- ▲ **Cláusula Especial de Tratamento Câncer**
- ▲ **Cláusula Especial de Cirurgia do Coração**
- ▲ **Cláusula Especial de Cirurgia do Cérebro**
- ▲ **Cláusula Especial de Despesas para Transplante de Órgãos**
- ▲ **Cláusula Especial de Doença Terminal**

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

3. PRAZO DE VIGÊNCIA

O prazo do seguro é estipulado no Contrato e Certificados Individuais, com início e término de vigência às 24 (vinte e quatro) horas dos dias ali designados, sendo facultado ainda, a contratação do seguro por período diferente de um ano.

Nos contratos de seguro cujas propostas de contratação 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.

Se após implantação do seguro houver inclusão de **Segurados**, o início de vigência individual será determinado conforme abaixo:

a) Quando houver adesão ao seguro da totalidade dos componentes do grupo segurável: o início de vigência individual será na data de admissão deste proponente incluído, desde que esta inclusão com a respectiva data seja informada à **Seguradora** na movimentação do mês de admissão, caso contrário, será considerado, para fins de início de vigência individual, a data da recepção desta informação pela **Seguradora**.

b) Quando a adesão for parcial: a vigência individual será a partir de sua inclusão no respectivo mês de vigência do movimento enviado pelo **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** à **Seguradora**, que dará origem ao cálculo do prêmio. Nas duas formas de adesão acima citadas, deverá ser observado o disposto no parágrafo seguinte.

Os contratos de seguro cujas propostas de adesão tenham sido recepcionadas, com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela **Seguradora**.

O início de vigência individual poderá ser diferente dos acima indicados, desde que o critério seja estabelecido no Contrato, observado o disposto no parágrafo anterior.

Em qualquer hipótese, o início de vigência individual estará condicionado à análise e aceitação pela **Seguradora**, **devendo ser observado que estarão cobertos os eventuais sinistros que ocorrerem entre a data do pagamento do prêmio e a data de aceitação ou recusa, desde que a proposta tenha sido protocolada na Seguradora.**

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

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.

4. CONDIÇÕES DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO

Para contratação do seguro, deve ser preenchida e assinada a Proposta de Contratação pelo **Estipulante**, **Sub-Estipulante** e pelo Corretor, devendo ela ser entregue em um dos escritórios da **Seguradora**.

São proponentes ao seguro todos os componentes do grupo segurável, assim definidos no Contrato, e seus respectivos dependentes que se encontrem em perfeitas condições de saúde e plena atividade física na data de início de vigência individual.

O limite de idade será definido no Contrato.

Os proponentes com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos deverão ser representados pelos pais ou responsáveis, e os maiores de 16 (dezesesseis) anos, inclusive, e menores de 18 (dezoito) anos deverão ser assistidos por eles.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

A inclusão dos proponentes é feita por adesão ao seguro, conforme item **10** destas Condições Gerais, mediante o preenchimento e assinatura da **Proposta de Adesão**, exceto quando a contratação se der por meio de bilhete, podendo ser exigido o preenchimento, para análise da aceitação, a Declaração Pessoal de Saúde, quando a seguradora julgar necessário, ou prova de saúde.

Caberá à seguradora fornecer o protocolo que identifique a recepção da proposta, com identificação de data e hora do seu recebimento.

Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma para outra seguradora, deverão ser mantidos no seguro os **Segurados** titulares afastados do serviço ativo. Para tanto, o **Estipulante** deverá fornecer à **Seguradora**, para avaliação, antes da contratação do seguro, relação nominal contendo: data de nascimento, capital segurado, data de afastamento e diagnóstico da doença que provocou o afastamento.

5. ACEITAÇÃO DO SEGURO

A **Seguradora** disporá do prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar a respeito da proposta de adesão e/ou proposta de contratação formulada pelo **Estipulante**, **Sub-Estipulante** e/ou **Segurado**, ficando a aceitação sujeita à análise do risco a contar da data do respectivo protocolo de recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

A **Seguradora** poderá solicitar provas de saúde ou quaisquer outros documentos necessários para análise do risco, e neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso e terá continuidade após a entrega do respectivo documento solicitado. Se a solicitação de documento se der ao proponente, pessoa física, esta poderá ser feita apenas uma vez durante o referido prazo.

Em caso de não aceitação da proposta por parte da **Seguradora**, o **Estipulante**, **Sub-Estipulante** e/ou **Segurado** será(ão) comunicado(s) por escrito justificando a recusa, bem como serão devolvidos todos os valores eventualmente oferecidos a título de prêmio, no prazo máximo de 10 (dez) dias.

No caso de recusa do risco, em que tenha adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o proponente tem direito a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta até a data da formalização da recusa.

O valor poderá ser restituído integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura do seguro.

Nos casos em que a aceitação da proposta dependa de contratação ou alteração da cobertura de resseguro facultativo, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, até que o ressegurador se manifeste formalmente. Neste mesmo prazo a **Seguradora** informará, por escrito, ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, sobre a inexistência de cobertura.

Caso a **Seguradora** não se pronuncie no prazo de 15 (quinze) dias, sem que haja suspensão do prazo por solicitação de documentos, a aceitação do seguro será automática.

6. NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS PARA ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

É a quantidade mínima de **Segurados** necessária para a aceitação e a manutenção do seguro, definido no Contrato.

Caso o seguro já esteja em vigor e o número de **Segurados** ficar inferior ao mínimo estabelecido para a manutenção do grupo segurado, a **Seguradora** reserva-se o direito de recalcular a taxa, com base no efetivo grupo segurado e na previsão de custos desta, alterando, se necessário, o prêmio do seguro. Não havendo a concordância do **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, o seguro será cancelado, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, por escrito, daquele que não concordou.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

Deve ser observado que se o recálculo da taxa implicar em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos, sua aplicação dependerá da anuência expressa de 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

7. CAPITAL SEGURADO

O capital segurado poderá ser escolhido pelo proponente, **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, e constará no Contrato, Proposta de Contratação, Proposta de Adesão e Certificado Individual, somente podendo ser alterado com prévia concordância entre as partes contratantes.

Modalidades de Capital Segurado:

- a) **Escalonado**: quando o capital segurado individual é determinado por escalas pelo **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**;
- b) **Uniforme**: quando o capital segurado individual é igual para todos os **Segurados** e tem seu valor fixado pelo **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** na Proposta de Contratação;
- c) **Múltiplo Salarial**: quando o capital segurado individual é determinado aplicando-se o múltiplo fixado pelo **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** ao respectivo salário nominal mensal.

8. ATUALIZAÇÃO E ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Quando a modalidade de capital segurado estiver relacionada ao salário/provento do Segurado, o **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** deverão informar à Seguradora sempre que estes valores sofrerem alterações, para que sejam feitas as devidas atualizações.

Para as demais modalidades de capital segurado, as atualizações serão feitas, na renovação da apólice, com base na variação do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado no período e apurada 2 (dois) meses antes da referida renovação.

No caso de extinção do índice ora pactuado, deverá ser utilizado o IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo).

As atualizações de capitais se aplicam a todos os Segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais é assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para os componentes ativos.

Toda e qualquer alteração de capital segurado somente será realizada se solicitado expressamente pelo **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, e desde que aceito pela **Seguradora**, para qualquer alteração que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos será necessária a anuência de 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

9. REVISÃO DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO

O capital segurado será estabelecido na Proposta de Adesão, e constará no Certificado Individual de Seguro, podendo ser revisto a qualquer momento, a pedido do **Estipulante**, **Sub-Estipulante** e/ou do **Segurado**, conforme determinado no Contrato, desde que expressamente aceito pela **Seguradora**.

Para os **Segurados** que atingirem a idade superior ao limite estabelecido no Contrato durante a vigência deste Seguro, **não será permitido o aumento espontâneo do capital segurado contratado**.

10. INCLUSÃO DE SEGURADOS

A inclusão dos **Segurados** titulares e dependentes é feita através de uma Proposta de Adesão a este seguro, desde que aceito pela **Seguradora**, e constará na Proposta de Contratação e no Contrato, da seguinte forma:

Segurados Titulares

- a) **Automática**: quando o seguro abranger todos os **Segurados** titulares do grupo segurável;

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

b) Facultativa: quando o seguro abranger somente os **Segurados** titulares que tiverem sua inclusão expressamente declarada em formulário específico da **Seguradora**.

Segurados Dependentes

Cônjuges: a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuges pode ser:

- a) Automática: quando o seguro abranger todos os cônjuges dos respectivos **Segurados** titulares;
- b) Facultativa: quando o seguro abranger somente os cônjuges dos **Segurados** titulares que solicitarem a inclusão por escrito e desde que aceito pela **Seguradora**.

Filhos: a Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos é automática e somente poderá ser contratada juntamente com a Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuges.

11. CARÊNCIA

Havendo carência para quaisquer das garantias constantes nestas Condições Gerais, **exceto para eventos em decorrência de acidentes pessoais**, esta será determinada no Contrato, cuja aplicabilidade se dará a partir do início de vigência individual do seguro, período em que não haverá cobertura a eventuais sinistros.

Adotada a carência, fica assegurada a prorrogação automática da apólice por período no mínimo correspondente à carência fixada.

O limite máximo que um plano de seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de dois anos. Entretanto, o prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pela apólice, pelo certificado, no caso de contratação coletiva.

No caso de transferência do grupo segurado de outra seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

12. RENOVAÇÃO DO SEGURO

Ao final da vigência o seguro poderá ser renovado automaticamente uma única vez e por igual período, salvo se a Seguradora ou **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** comunicar desinteresse na continuidade do plano, mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da Apólice.

Feita uma renovação automática, as renovações seguintes obrigatoriamente deverão ter anuência expressa apenas do Estipulante, desde que não impliquem em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os segurados, ou a redução dos seus direitos.

Deve ser observado que se houver ajuste que implique em ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos, sua aplicação dependerá da anuência expressa de 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

13. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos das garantias 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 a 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 ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se a morte ou a incapacidade do segurado provier da utilização de meio**

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

c) Doenças, lesões ou acidentes preexistentes à contratação do seguro de conhecimento do Segurado e não declarados na Proposta de Adesão;

d) Danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;

e) Suicídio cometido no período de 2 (dois) anos a contar da vigência inicial do contrato, em conformidade com o artigo 798 do Código Civil Brasileiro; e

f) Morte do Segurado provocada por epidemias e pandemias declaradas pela autoridade competente.

1.2. Excluem-se ainda das garantias de Morte por Acidente, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Permanente Total por Acidente, além dos riscos conceituados no item 13 das Condições Gerais deste seguro:

a) Os acidentes ocorridos em consequência de:

a.1) Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto se a morte ou a incapacidade do segurado provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;

a.2) Prática, por parte do Segurado e/ou Beneficiários, de atos ilícitos ou contrários à lei;

a.3) Prática, por parte do Estipulante e/ou Sub-Estipulante, seus sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários, e pelos respectivos representantes de atos ilícitos ou contrários à lei;

a.4) Furacões, tufões, tornados, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

a.5) Viagens em aeronaves que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronave furtada ou dirigida por pilotos não legalmente habilitados, desde que seja de conhecimento prévio comprovado do Segurado.

b) Mutilação voluntária;

14. REGIME FINANCEIRO

Este plano de seguro é estruturado no regime financeiro de repartição simples e devido à natureza deste regime, não é devido a concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada pagamento é destinado a custear o risco inerente à indenização no período.

15. PROVA DO SEGURO

Para cada **Segurado** incluído no seguro, será enviado obrigatoriamente por parte da Seguradora um Certificado Individual de Seguro, que conterá os seguintes elementos mínimos:

a) Data de início do seguro do **Segurado** titular e do(s) dependente(s);

b) Capital(is) segurado(s) de cada garantia, relativo(s) ao **Segurado** titular e dependente(s), além do prêmio total.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

Ocorrerá a emissão de um novo Certificado de Seguro a cada renovação ou quando houver modificações nas suas informações.

16. REAVALIAÇÃO E AJUSTE DE TAXA

Na implantação da apólice, a taxa poderá ser recalculada tomando-se por base o efetivo grupo segurado, sendo mantida a taxa original calculada no estudo, caso esta não seja inferior ou superior à margem de oscilação estabelecida no Contrato.

Quando ocorrerem alterações substanciais na composição do grupo que justifiquem a reavaliação de taxa, ou em função de desequilíbrio técnico atuarial, esta será recalculada com base no grupo segurado na data da avaliação, tomando-se por base o resultado efetivo do seguro e a previsão de custos da Seguradora para o novo período, conforme os critérios adiante descritos:

Periodicidade:

A reavaliação de taxa será efetuada de acordo com o período indicado no Contrato;

Período de Análise:

Os períodos de análise são cumulativos, ou seja, a análise do período atual deverá contemplar também as informações dos períodos anteriores, ficando limitado a uma quantidade de meses para análise indicada no Contrato.

Sinistralidade: quando o índice do sinistro/prêmio for superior àquele indicado como limite no Contrato, e ainda não tiver findado a vigência da apólice, a taxa será reajustada de forma que a análise cumulativa do período anterior somada à previsão dos próximos períodos, totalizando um ano de vigência, leve a um índice de sinistralidade igual ou inferior ao índice limite estabelecido.

Caso seja necessário algum ajuste na taxa, a **Seguradora** informará ao **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante** através de aditivo, com antecedência de 60 (sessenta) dias, e caso este não concorde expressamente, o seguro será cancelado.

Deve ser observado que se o ajuste da taxa implicar em ônus ou dever para os segurados, sua aplicação dependerá da anuência expressa de 3/4(três quartos) do grupo segurado.

17. CANCELAMENTO

A apólice será cancelada:

a) 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;

a.1) a sociedade seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;

a.2) 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 item 22.

b) Ao fim do prazo de vigência da apólice, mediante aviso por escrito e prévio de 60 (sessenta) dias, no mínimo;

c) Quando houver falta de pagamento da(s) parcela(s) do(s) prêmio(s) do seguro;

d) A qualquer tempo pelo descumprimento de qualquer dispositivo das condições aplicáveis a este seguro;

e) A partir da comunicação feita pela Seguradora se houver dolo, culpa ou prática de fraude por parte do Segurado, Estipulante e/ou Sub-Estipulante, no ato da contratação do seguro ou durante toda a vigência da apólice.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

18. TÉRMINO DA COBERTURA INDIVIDUAL

A cobertura do seguro de cada Segurado TITULAR cessa, além do disposto no item anterior, quando:

- a) Ocorrer o falecimento do **Segurado** titular;
- b) Houver cessação, por qualquer motivo, do vínculo entre o **Segurado** titular e **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, salvo nos casos em que o Segurado optar por continuar com as mesmas garantias e capitais segurados, assumindo a totalidade dos novos custos de acordo com a sua idade e características do risco individual, bem como o custo de cobrança, desde que a seguradora opere com planos individuais compatíveis, mediante solicitação prévia e por escrito à **Seguradora**, e aceitação desta;
- c) O **Segurado** titular solicitar expressamente a sua exclusão da apólice;
- d) Forem constatadas declarações falsas, inexatas, errôneas ou incompletas por parte do **Segurado**, seus prepostos ou seus beneficiários, que tenham influenciado na sua aceitação ou ainda na obtenção ou na majoração da indenização.

Além das situações mencionadas anteriormente, a garantia de cada Segurado DEPENDENTE cessa:

- a) Se for cancelada a respectiva Cláusula Suplementar;
- b) Se o **Segurado** titular deixar o grupo segurado;
- c) Com a morte do **Segurado** dependente;
- d) No caso de cessação da condição de dependente;
- e) A pedido expresso do **Segurado** titular, no caso de cônjuge;
- e) Com a alteração da condição de dependente para condição de **Segurado** titular, no mesmo grupo segurado do qual fazia parte.

1.3. A apólice de seguro não poderá ser cancelada durante seu período de vigência pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

19. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE E SUB-ESTIPULANTE

Constituem obrigações do **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**:

- a) Fornecer à **Seguradora** todas as informações necessárias para a análise e a aceitação do risco, previamente estabelecidas por ela, incluindo os dados cadastrais;
- b) Manter a **Seguradora** informada a respeito dos **Segurados**, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro ou acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) Fornecer ao **Segurado**, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao seguro;
- d) Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) Informar nos documentos relativos aos pagamentos efetuados pelos **Segurados**, explicitamente, os valores de prêmio do seguro, a Seguradora responsável pelo recebimento dos prêmios, e a informação, em destaque, de que o não pagamento do prêmio poderá ocasionar o cancelamento do seguro;
 - e.1) Registrar os pagamentos de prêmios de seguros efetuados por meio de desconto em folha em rubrica específica pela sociedade **Seguradora** garantidora do risco ou, no caso de cosseguro, pela seguradora líder;
 - e.2) Discriminar, na hipótese de o **Segurado** dispor de mais de um contrato de seguro de Vida com a mesma seguradora, os valores referentes a cada contrato no instrumento de cobrança, mesmo quando o sistema de pagamento for efetuado por meio de desconto em folha;
- f) Repassar os prêmios à **Seguradora**, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- g) Repassar aos **Segurados** todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- h) 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 emitido para o **Segurado**;

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- i) Comunicar de imediato à **Seguradora**, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- j) Dar ciência aos **Segurados** dos procedimentos e dos prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- k) 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 especificado;
- m) Informar o nome da sociedade seguradora, bem como o percentual de participação do risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do **Estipulante**;
- n) Responder pelo não repasse dos prêmios à Seguradora, nos prazos contratualmente estabelecidos, de acordo as cominações legais a que estão sujeitos;
- o) Responder solidariamente com o Sub-Estipulante e vice-versa com o Estipulante no caso de apólices coletivas caracterizadas pela contratação de diferentes subgrupos as responsabilidades e as obrigações provenientes deste seguro.

Fica expressamente vedado ao Estipulante e ao Sub-Estipulante, nos seguros contributários:

- a) Cobrar dos Segurados a título deste seguro taxa de inscrição ou de intermediação, ou quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela seguradora;
- b) Fazer qualquer modificação na apólice vigente ou rescindir o contrato, sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
- c) Efetuar propaganda e promoção do seguro sem a prévia anuência da seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado;
- d) Vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes.

20. OUTROS SEGUROS

O **Segurado** deve declarar na Proposta de Adesão a existência de quaisquer outros Seguros de Vida e/ou Acidentes Pessoais, por ocasião da contratação do presente Seguro.

21. CUSTEIO DO SEGURO

Para fins deste seguro e de acordo com a declaração constante na Proposta de Contratação feita pelo **Estipulante**, o custeio poderá ser:

- a) Contributário: quando os **Segurados** pagarem os prêmios do seguro, total ou parcialmente;
- b) Não contributário: quando os **Segurados** não pagarem os prêmios do seguro.

22. PAGAMENTO DO PRÊMIO

O pagamento do prêmio poderá ser mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral, anual, ou ainda fracionado, de acordo com a opção do **Segurado**, **Estipulante** e/ou **Sub-Estipulante**, conforme definido no Contrato.

O prêmio do seguro será calculado considerando-se o capital segurado, as garantias contratadas, a idade do Segurado e outros critérios eventualmente estabelecidos no Contrato.

Na cobrança de prêmio mediante carnê, a **Seguradora** providenciará para que o **Estipulante**, **Sub-Estipulante** e/ou **Segurado** receba o novo carnê de pagamento até 15 (quinze) dias antes do vencimento de sua primeira parcela.

Caso o Estipulante, Sub-Estipulante e/ou Segurado não receba o novo carnê até o prazo estabelecido, e desde que não tenha havido cancelamento do seguro, é seu direito efetuar o pagamento do prêmio, mediante depósito bancário na conta indicada no carnê anterior, o que deve ser feito antes do início do novo período de cobertura.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

Quando a data limite cair em dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente em que houver este expediente.

Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio for realizado à *Seguradora*, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista no respectivo documento de cobrança.

Caso o pagamento do prêmio seja feito fora dos prazos estipulados no contrato, qualquer indenização dependerá de prova de que antes da ocorrência do sinistro o mesmo foi efetuado.

O não pagamento do prêmio por parte do *Estipulante* ou *Sub-Estipulante* nos seguros não contributários ou, por parte do Segurado nos seguros contributários, até a data de vencimento estabelecida no respectivo documento de cobrança, acarretará o cancelamento automático da apólice a partir do dia subsequente ao início do período de cobertura a que se referir esta cobrança.

As parcelas, do período de cobertura já decorrido, citadas no parágrafo anterior, que estejam vencidas e não pagas serão moratórios equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional, desde a data em que são devidas até a data de seu efetivo pagamento.

A eventual aceitação, por parte da *Seguradora*, de quaisquer pagamentos de prêmios, depois de vencidos, não constituirá tolerância ou renovação das condições ora pactuadas.

No caso de prêmio fracionado, constará na apólice o critério adotado, bem como os juros praticados.

É garantido ao Segurado a antecipação do pagamento de qualquer uma das parcelas de prêmio fracionado, com a conseqüente redução proporcional dos juros pactuados, devendo, para tanto, contatar previamente a *Seguradora*.

Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas de prêmio fracionado subsequentes 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 prazo curto especificada a seguir:

TABELA CURTO PRAZO

RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL	RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365	73	195/365
20	30/365	75	210/365
27	45/365	78	225/365
30	60/365	80	240/365
37	75/365	83	255/365
40	90/365	85	270/365
46	105/365	88	285/365
50	120/365	90	300/365
56	135/365	93	315/365
60	150/365	95	330/365
66	165/365	98	345/365
70	180/365	100	365/365

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

Para percentuais não previstos na tabela acima, serão aplicados os percentuais imediatamente superiores.

A Seguradora informará ao Segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos acima.

Uma vez restabelecido o pagamento das parcelas ajustadas do prêmio fracionado, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura acima referido, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

Findo o novo prazo de vigência da cobertura nos termos da tabela acima, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do seguro.

Entretanto, no caso de vencimento antecipado ao período de cobertura, o não pagamento do prêmio por parte do Estipulante, Sub-Estipulante ou Segurado até a data estabelecida no respectivo documento de cobrança, acarretará o cancelamento automático da apólice a partir do primeiro dia do período de cobertura a que se referir esta cobrança.

No caso da cobrança do prêmio se efetuar através de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício ou mediante pedido formal do **Segurado**.

Nos seguros coletivos contributários, se o **Estipulante** ou **Sub-Estipulante** deixar de repassar à **Seguradora**, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos **Segurados**, estes não serão prejudicados no direito à garantia do seguro, respondendo a **Seguradora** pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o **Estipulante** sujeito às imposições legais.

23. BENEFICIÁRIOS

É livre a indicação de beneficiários, por parte do **Segurado**, desde que tal indicação não colida com os preceitos legais.

Em conformidade com o Artigo 793 do Código Civil Brasileiro "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".

Quando houver mais de um beneficiário, deverá ser definido, no momento da nomeação dos mesmos, o percentual do capital segurado que será destinado a cada um.

O **Segurado**, e somente ele, poderá substituir seus beneficiários a qualquer tempo, mediante aviso escrito à **Seguradora**, não tendo validade quaisquer alterações que não se procedam desta forma.

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

Na falta de beneficiário nomeado ou na inexistência de cláusula beneficiária que conste do Contrato, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do **Segurado**, obedecida a ordem da vocação hereditária.

A sucessão legítima defere-se na ordem seguinte:

- a) Aos descendentes, em concorrência com o cônjuge sobrevivente, salvo se casado este com o falecido no regime de 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;
- b) Aos ascendentes, em concorrência com o cônjuge;

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- c) Ao cônjuge sobrevivente;
- d) Aos colaterais.

Na falta das pessoas acima indicadas, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou de meios necessários para prover sua subsistência.

A indenização por Morte do **Segurado** dependente é devida ao **Segurado** titular

24. INDENIZAÇÃO

Data do Evento

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro:

- a) Na garantia de Morte (M), cuja causa seja acidental, na garantia de Morte Acidental (MA) e na garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): a data do acidente;
- b) Na garantia de Morte (M), cuja causa não seja acidental: a data do falecimento;
- c) Na garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): a data da declaração médica determinando o início de sua invalidez em caráter definitivo;
- d) Nas demais coberturas que estejam relacionadas com alguma das garantias acima, será considerado como data de evento a daquela à qual relaciona;

Acúmulo de Indenizações

Em caso de morte decorrente de acidente, as indenizações das Garantias de Morte e de Morte Acidental, desde que contratadas, se acumulam.

As indenizações pelas Garantias de Morte e de IFPD não se acumulam.

As indenizações por Morte decorrente de Acidente e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de Morte Acidental, quando contratada, deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente, não exigindo, entretanto, a devolução da diferença se a indenização paga ultrapassar a estipulada para o caso de Morte.

Limite Máximo de Indenização

O limite máximo de indenização corresponde ao valor do capital segurado contratado, que constará no Contrato, Proposta de Contratação e Certificado Individual de Seguro.

Junta Médica

Divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, devem, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, ser submetidas a uma junta médica constituída de 3 (três) membros, sendo a sociedade seguradora que deverá propor segurado, por meio de correspondência escrita, sendo um nomeado pela **Seguradora**, outro pelo **Segurado** e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários 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.

Perda de Direito da Indenização

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

- a) Declarações falsas, inexatas, incompletas, ou omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio;

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- b) Inobservância das obrigações convencionadas neste seguro;
- c) Dolo, má fé, fraude ou tentativa de fraude comprovada, simulação ou culpa grave, não só quanto à contratação, como também com o objetivo de obter ou majorar indevidamente a indenização;
- d) Agravamento do risco, objeto do contrato, pelo *Segurado*, conforme dispõe o artigo 768 do Código Civil Brasileiro.

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

I - Na hipótese de não ocorrência do sinistro:

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

II - Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

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

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

O segurado obriga-se a comunicar à sociedade seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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.

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

Pagamento da Indenização

As indenizações, se devidas, serão pagas no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir da data de recebimento, pela **Seguradora**, de todos os documentos necessários à comprovação ou à elucidação do evento.

Na hipótese de não cumprimento do prazo para pagamento da respectiva obrigação pecuniária, as indenizações serão atualizadas monetariamente pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, a partir da data do evento até a data do efetivo pagamento.

A contagem do prazo de 30 (trinta) dias será suspensa em caso de solicitação de nova documentação, na forma prevista no item 25.3, alínea “a” destas Condições Gerais e volta a correr quando do atendimento destas solicitações.

Quando o prazo da liquidação de sinistro superar os prazos citados nos parágrafos anteriores, serão devidos juros moratórios equivalentes à taxa que estiver em vigor para a mora do pagamento de impostos devidos à Fazenda Nacional,, contados a partir do primeiro dia posterior ao término deste prazo até a data do pagamento da respectiva indenização.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

No caso de beneficiários com idade entre 16 (dezesesseis), inclusive, e 18 (dezoito) anos, exclusive, a indenização será paga a este, devidamente assistido por seu pai, sua mãe (quando tiverem o poder familiar) ou, finalmente, por seu tutor ou curador.

25. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

25.1 AVISO DE SINISTRO

- Ocorrido um evento previsto na apólice do seguro contratado, a Alfa Previdência e Vida deverá ser comunicada oficialmente, assim que possível, através do “Aviso de Sinistro” juntamente com os documentos obrigatórios, de acordo com o tipo da ocorrência.

- A liquidação do sinistro ocorre no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados a partir do cumprimento de todas as exigências por parte do(s) segurado(s) ou do(s) beneficiário(s). Caso sejam necessários documentos complementares, este prazo é suspenso e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências;

- Na hipótese de surgimento de fatos ou circunstâncias não previstas e havendo dúvida fundada e justificável, a seguradora reserva-se ao direito de solicitar documentos adicionais ou cópia autenticada da documentação inicialmente encaminhada.

25.2 DOCUMENTOS A SEREM ENVIADOS

▲ Morte (M)

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia da Certidão de óbito;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Certidão de casamento *do(a) segurado(a)* com averbação da separação, divórcio ou separação, com data atualizada (extraída em cartório após a data do óbito);
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- Vínculo empregatício: Cópia das páginas de identificação (foto), qualificação civil, páginas de registro e páginas de anotações de afastamento pelo INSS da Carteira Profissional de Trabalho *do(a) segurado(a)* Principal; 2- Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro; etc.
- Relatório Médico (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo médico com quem o segurado fazia tratamento, com firma reconhecida da assinatura deste.

(Este formulário poderá ser substituído por Relatório Médico pormenorizado, fornecido pelo médico com quem o segurado fazia tratamento, constando os tratamentos realizados, evolução e diagnóstico da patologia que levou o segurado a óbito).

- Cópia do laudo do exame anatomopatológico e/ou outros exames realizados que tenham relação com a causa da morte *do(a) segurado(a)*
- Beneficiários: Para beneficiários indicados em cartão proposta, enviar cópia da indicação de beneficiário com a devida divisão, assinada pelo segurado; na falta de indicação, declaração de únicos herdeiros, CPF, RG ou certidão de nascimento e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias de todos (inclusive de filhos menores de idade);

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- Formulário de Beneficiários (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido por todos os beneficiários individualmente.

Obs.: Os itens 6 e 7 serão necessários apenas para apólices que não são transferências de outras seguradoras cujo início de vigência *do(a) segurado(a)* seja igual ao início de vigência da apólice na Alfa Previdência e Vida;

Nota.: Maiores esclarecimentos sobre documentos de beneficiários, bem como documentos válidos para item 'comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item "Relação de documentos dos beneficiários em caso de Morte".

Importante:

1. Somente para o produto Alfa Vida Sindicatos e Alfa Capital Global, anexar: Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;
2. Seguro Contributivo: cópia do demonstrativo de pagamento (holerite) do mês anterior ao sinistro;
3. Em caso de contratação da garantia de Auxílio Funeral, encaminhar Notas fiscais originais das despesas com o funeral bem como RG, CPF e comprovante de endereço do responsável pela contratação dos serviços funerários. Em caso de nota fiscal eletrônica, encaminhar "Declaração de único reembolso de despesas" (*modelo Alfa*).

▲ Morte Acidental

- A documentação necessária para a regulação do processo é a mesma da morte natural, exceto relatório médico e cópias dos laudos de exames e acrescido de:
 - Boletim de Ocorrência policial (ou CAT - COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO se acidente de trabalho);
 - Laudo necroscópico ou cadavérico elaborado pelo IML (Instituto Médico Legal);
 - Laudo de exame de dosagem alcoólica e toxicológico, ou, declaração do órgão competente informando sobre a não realização;
 - Carteira Nacional de habilitação, no caso da vítima/segurado ser o condutor do veículo na ocasião do acidente;
 - Laudo de Perícia Técnica (IC);
 - Termo de Reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver necessidade de reconhecimento da vítima;
 - Resultado do exame de DNA – em caso de carbonização sem identificação;

Obs.: Poderão ser solicitadas as principais peças que instruem o Inquérito Policial, caso tal documento seja necessário para conclusão da análise técnica;

▲ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF segurado;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- Vínculo empregatício: Cópia das páginas de identificação (foto), qualificação civil, páginas de registro e páginas de anotações de afastamento pelo INSS da Carteira Profissional de Trabalho do(a) segurado(a) Principal; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo; 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- Relatório Médico (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo médico com quem o segurado fazia tratamento, com firma reconhecida da assinatura deste.
- Boletim de Ocorrência policial (ou CAT - COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO se acidente dentro da empresa);

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- Laudo de Exame de Corpo e Delito (IML) quando existir;
- Laudo de exame de dosagem alcoólica e toxicológico, ou, declaração do órgão competente informando sobre a não realização;
- Carteira Nacional de habilitação, caso a vítima/segurado seja o condutor do veículo na ocasião do acidente;
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;
- Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado;
- Resultados de exames médicos realizados pelo segurado por ocasião do acidente;
- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizada em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou curador);
- Formulário de Beneficiários (modelo Alfa): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Obs.: Após caracterização da cobertura securitária, poderá ser solicitado Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela para os casos em que o segurado/beneficiário não tenha condições de gerir seus bens.

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item 'comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item "Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço".

Importante:

- 1- Somente para o produto Alfa Vida Sindicatos e Alfa Capital Global, anexar: Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;
- 2- Seguro Contributário: cópia do demonstrativo de pagamento (holerite) do mês anterior ao sinistro;

▲ Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- Vínculo empregatício: Cópia das páginas de identificação (foto), qualificação civil, páginas de registro e páginas de anotações de afastamento pelo INSS da Carteira Profissional de Trabalho *do(a) segurado(a)* Principal; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo; 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- Relatório Médico (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo médico com quem o Segurado faz ou fez tratamento 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 Autônômicas *do(a) segurado(a)*, com firma reconhecida da assinatura deste;
- Laudo médico pormenorizado descrevendo os tratamentos realizados, estado patológico atual, evolução da doença e a data de caracterização da Invalidez *do(a) segurado(a)* com destaque das informações a respeito dos registros médicos que comprove o vínculo associativo. *o vínculo associativo.m o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante previsto nas presentes Condições Gerais (Obs.: A avaliação da perda cognitiva deverá incluir além dos testes de memória, exames de sangue e imagens do cérebro (tomografia, PET, SPECT, ressonância magnética).*
- Exames médicos realizados e de controle da patologia (atuais), incluindo os documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível;
- Formulário INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF (*modelo Alfa*)

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiários (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Obs.: Após caracterização da cobertura securitária, poderá ser solicitado Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela para os casos em que o segurado/beneficiário não tenha condições de gerir seus bens bem como para os casos em que a invalidez seja decorrente de alienação mental abrangendo todos e quaisquer transtornos psiquiátricos e/ou psicológicos.

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item 'comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item "Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço".

Importante:

- 1- Somente para o produto Alfa Vida Sindicatos e Alfa Capital Global, anexar: Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;
- 2- Seguro Contributário: cópia do demonstrativo de pagamento (holerite) do mês anterior ao sinistro;

▲ Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- Vínculo empregatício: Cópia das páginas de identificação (foto), qualificação civil, páginas de registro e páginas de anotações de afastamento pelo INSS da Carteira Profissional de Trabalho *do(a) segurado(a) Principal*; 2- Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- Relatório Médico (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo médico com quem o Segurado faz ou fez tratamento com quem o Segurado faz ou fez tratamento indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada e detalhando o Quadro Clínico Incapacitante para atividade laborativa de principal rendimento;
- Laudo médico pormenorizado descrevendo os tratamentos realizados, com histórico da data do diagnóstico da evolução da doença ;
- Carta de Concessão de Aposentadoria do INSS.
- Exames médicos realizados e de controle da patologia (atuais), incluindo os documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença).
- Beneficiários: RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou curador);
- Formulário de Beneficiário (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Obs.: Após caracterização da cobertura securitária, poderá ser solicitado Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela para os casos em que o segurado/beneficiário não tenha condições de gerir seus bens bem como para os casos em que a invalidez seja decorrente de alienação mental abrangendo todos e quaisquer transtornos psiquiátricos e/ou psicológicos.

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item 'comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item "Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço".

Importante:

- 1- Somente para o produto Alfa Vida Sindicatos e Alfa Capital Global, anexar: Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;
- 2- Seguro Contributário: cópia do demonstrativo de pagamento (holerite) do mês anterior ao sinistro;

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

▲ Despesas Médicas Hospitalares (DMH)

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- Vínculo empregatício: Cópia das páginas de identificação (foto), qualificação civil, páginas de registro e páginas de anotações de afastamento pelo INSS da Carteira Profissional de Trabalho *do(a) segurado(a)* Principal; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro; etc.
- CAT - COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO quando tratar-se de acidente de trabalho e não havendo, BO.
- Cópia da CNH *do(a) segurado(a)*, caso o mesmo dirija o veículo na ocasião do acidente;
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido;
- Laudo médico pormenorizado, constando diagnóstico, tratamentos realizados e alta médica definitiva ou previsão para conclusão do tratamento;
- Para reembolso de:
 - ✓ Honorários Médicos:
 - ⇒ Recibo original carimbado pelo médico, com CPF/CNPJ e CRM.
 - ⇒ Relatório médico constando todos os procedimentos realizados de acordo com a tabela AMB.
 - ✓ Honorários do Hospital:
 - ⇒ Nota fiscal original do hospital;
 - ⇒ Discriminativo de conta hospitalar (discriminação das despesas hospitalares e serviços complementares com valores individualizados, bem como dos materiais e medicamentos utilizados);
 - ⇒ Cópia do prontuário médico do período referente aos honorários cobrados;
 - ✓ Reembolso de Exames Médicos:
 - ⇒ NF original;
 - ⇒ Cópia do pedido médico acompanhado de resultados do exame realizado;
 - ✓ Reembolso de Despesas:
 - ⇒ Comprovantes originais das despesas médicas, acompanhada do pedido médico (receituário com carimbo, CRM e CPF);
- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiários (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Obs.:

- Os comprovantes de medicamentos e exames necessitam ser acompanhados de adequada prescrição médica, notas fiscais e quitação dos pagamentos;
- No caso de tratamento prolongado, é necessário relatório médico, detalhando os procedimentos a serem adotados, o prazo e o custo aproximado até a conclusão.
- Para pagamento de honorários hospitalares, além da NF original, é necessário o recibo comprovando que o pagamento já foi efetuado ao hospital. Caso não exista esse recibo, o

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

pagamento da referida nota será efetuado diretamente ao respectivo hospital (será necessário termo de cessão de direitos).

- Em caso de nota fiscal eletrônica, encaminhar “Declaração de único reembolso de despesas” (*modelo Alfa*).
- Não serão aceitas cópias de notas fiscais, recibos e outros, ainda que autenticadas, para fins de pagamento.

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item ‘comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item “*Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço*”.

Importante:

- 1- Somente para o produto Alfa Vida Sindicatos e Alfa Capital Global, anexar: Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;
- 2- Seguro Contributário: cópia do demonstrativo de pagamento (holerite) do mês anterior ao sinistro;

▲ DIT – Diárias de Incapacidade Temporária / Cesta Básica por Acidente

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- Vínculo empregatício: Cópia das páginas de identificação (foto), qualificação civil, páginas de registro e páginas de anotações de afastamento pelo INSS da Carteira Profissional de Trabalho *do(a) segurado(a) Principal*; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- CAT - COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO quando tratar-se de acidente de trabalho e não havendo, BO.
- Laudo do primeiro atendimento com descrição detalhada das lesões e procedimentos realizados;
- Declaração do hospital (ou médica) constando período de afastamento, bem como informando tratamentos que estão sendo realizados nesse período;
- Em casos de intervenção cirúrgica, cópia prontuário médico hospitalar completo (cópia simples)
- Comprovante do período de afastamento, tais como: 1- Se segurado com vínculo empregatício: Comunicação do resultado de exame médico expedido pelo INSS; 2- Se segurado proprietário de empresa: contrato social da empresa e documentos comprobatórios de que o segurado não obteve rendas no período de afastamento (referente à sua profissão); 3- Se segurado autônomo: contrato de prestação de serviços, e RPA (Recibo de Pagamento Autônomo) dos últimos três meses anteriores ao evento e carta da empresa Empregadora informando que o mesmo não prestou serviços no afastamento face ao acidente; 4- Se segurado profissional liberal: documentos que comprove o vínculo associativo. *o vínculo associativo*.m sua profissão e rendimentos de 03 meses anteriores ao evento e durante o afastamento;
- Cópia da CNH *do(a) segurado(a)*, caso o mesmo dirigia o veículo na ocasião do acidente;
- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizada em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiário (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item ‘comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item “*Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço*”.

Importante:

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- 1- Somente para o produto Alfa Vida Sindicatos e Alfa Capital Global, anexar: Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;
- 2- Seguro Contributário: cópia do demonstrativo de pagamento (holerite) do mês anterior ao sinistro;

▲ DIT – Diárias de Incapacidade Temporária / Cesta Básica por Doença

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- Vínculo empregatício: Cópia das páginas de identificação (foto), qualificação civil, páginas de registro e páginas de anotações de afastamento pelo INSS da Carteira Profissional de Trabalho *do(a) segurado(a) Principal*; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- Declaração do médico constando período de afastamento bem como informando tratamentos que estão sendo realizados;
- Resultados de exames médicos realizados;
- Comprovante do período de afastamento, tais como: 1- Se segurado com vínculo empregatício: Comunicação do resultado de exame médico expedido pelo INSS; 2- Se segurado proprietário de empresa: contrato social da empresa e documentos comprobatórios de que o segurado não obteve rendas no período de afastamento (referente à sua profissão); 3- Se segurado autônomo: contrato de prestação de serviços, e RPA (Recibo de Pagamento Autônomo) dos últimos três meses anteriores ao evento e carta da empresa Empregadora informando que o mesmo não prestou serviços no afastamento face ao acidente; 4- Se segurado profissional liberal: documentos que comprove o vínculo associativo. o *vínculo associativo*.m sua profissão e rendimentos de 03 meses anteriores ao evento e durante o afastamento;
- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiário (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item 'comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item "Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço".

Importante:

- 1- Somente para o produto Alfa Vida Sindicatos e Alfa Capital Global, anexar: Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;
- 2- Seguro Contributário: cópia do demonstrativo de pagamento (holerite) do mês anterior ao sinistro;

▲ Diárias por Internação Hospitalar

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- Vínculo empregatício: Cópia das páginas de identificação (foto), qualificação civil, páginas de registro e páginas de anotações de afastamento pelo INSS da Carteira Profissional de Trabalho *do(a) segurado(a) Principal*; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- Cópia simples do prontuário médico comprovando a internação hospitalar;
- Original do relatório de procedimento de internação com a descrição do tratamento, prognóstico e alta médica definitiva;

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- Originais de todos os exames realizados;
- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiário (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item 'comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item "Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço".

Importante:

- 1- Somente para o produto Alfa Vida Sindicatos e Alfa Capital Global, anexar: Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;
- 2- Seguro Contributário: cópia do demonstrativo de pagamento (holerite) do mês anterior ao sinistro;

▲ Cláusula Especial de Tratamento de Câncer

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- Vínculo empregatício: Cópia das páginas de identificação (foto), qualificação civil, páginas de registro e páginas de anotações de afastamento pelo INSS da Carteira Profissional de Trabalho *do(a) segurado(a)* Principal; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- Original do Laudo subscrito por médico devidamente habilitado na sua especialização;
- Cópia simples de todos os resultados de exames médicos que auxiliaram no diagnóstico, além do anátomo-patológico;
- Notas fiscais das despesas resultadas do tratamento. Todas as notas fiscais devem estar acompanhadas dos seus respectivos comprovantes das despesas, tais como receiptários, cópia de exames, prontuários de internação, etc.

Obs.: Em caso de nota fiscal eletrônica, encaminhar "Declaração de único reembolso de despesas" (*modelo Alfa*).

- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiário (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Nota.: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item 'comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item "Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço".

Importante:

- 1- Somente para o produto Alfa Vida Sindicatos e Alfa Capital Global, anexar: Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;
- 2- Seguro Contributário: cópia do demonstrativo de pagamento (holerite) do mês anterior ao sinistro;

▲ Cláusula Especial de Cirurgia do Coração

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- Vínculo empregatício: Cópia das páginas de identificação (foto), qualificação civil, páginas de registro e páginas de anotações de afastamento pelo INSS da Carteira Profissional de Trabalho *do(a) segurado(a)* Principal; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.

- Relatório Médico e exames que comprove o vínculo associativo. *o vínculo associativo.m a(s) alteração(ões) declaradas.*
- Notas fiscais das despesas resultadas do tratamento. Todas as notas fiscais devem estar acompanhadas dos seus respectivos comprovantes das despesas, tais como receiptuários, cópia de exames, prontuários de internação, etc.

Obs.: Em caso de nota fiscal eletrônica, encaminhar “Declaração de único reembolso de despesas” (*modelo Alfa*).

- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiário (*Modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item ‘comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item “*Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço*”.

Importante:

- 1- Somente para o produto Alfa Vida Sindicatos e Alfa Capital Global, anexar: Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;
- 2- Seguro Contributário: cópia do demonstrativo de pagamento (holerite) do mês anterior ao sinistro;

▲ Cláusula Especial de Cirurgia do Cérebro

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- Vínculo empregatício: Cópia das páginas de identificação (foto), qualificação civil, páginas de registro e páginas de anotações de afastamento pelo INSS da Carteira Profissional de Trabalho *do(a) segurado(a) Principal*; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- Relatório Médico e exames que comprove o vínculo associativo. *o vínculo associativo.m a(s) alteração(ões) declaradas.*
- Notas fiscais das despesas resultadas do tratamento. Todas as notas fiscais devem estar acompanhadas dos seus respectivos comprovantes das despesas, tais como receiptuários, cópia de exames, prontuários de internação, etc.

Obs.: Em caso de nota fiscal eletrônica, encaminhar “Declaração de único reembolso de despesas” (*modelo Alfa*).

- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiário: deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item ‘comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item “*Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço*”.

Importante:

- 1- Somente para o produto Alfa Vida Sindicatos e Alfa Capital Global, anexar: Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;
- 2- Seguro Contributário: cópia do demonstrativo de pagamento (holerite) do mês anterior ao sinistro;

▲ Cláusula Especial de Despesas para Transplante de Órgãos

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- Vínculo empregatício: Cópia das páginas de identificação (foto), qualificação civil, páginas de registro e páginas de anotações de afastamento pelo INSS da Carteira Profissional de Trabalho *do(a) segurado(a) Principal*; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- Relatório Médico e exames que comprove o vínculo associativo. *o vínculo associativo.m a* necessidade do transplante;
- Notas fiscais das despesas resultadas do tratamento. Todas as notas fiscais devem estar acompanhadas dos seus respectivos comprovantes das despesas, tais como receiptuários, cópia de exames, prontuários de internação, etc.

Obs.: Em caso de nota fiscal eletrônica, encaminhar “Declaração de único reembolso de despesas” (*modelo Alfa*).

- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizada em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiário (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Nota: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item ‘comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item “*Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço*”.

Importante:

- 1- Somente para o produto Alfa Vida Sindicatos e Alfa Capital Global, anexar: Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;
- 2- Seguro Contributário: cópia do demonstrativo de pagamento (holerite) do mês anterior ao sinistro;

▲ Cláusula Especial de Cirurgia decorrente de Acidentes Pessoal

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- Vínculo empregatício: Cópia das páginas de identificação (foto), qualificação civil, páginas de registro e páginas de anotações de afastamento pelo INSS da Carteira Profissional de Trabalho *do(a) segurado(a) Principal*; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro ; etc.
- BO ou CAT - COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO se acidente ocorrido dentro da empresa;
- Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido;
- Laudo médico pormenorizado, constando diagnóstico, tratamentos realizados e alta médica definitiva ou previsão para conclusão do tratamento;
- Notas fiscais das despesas resultadas do tratamento. Todas as notas fiscais devem estar acompanhadas dos seus respectivos comprovantes das despesas, tais como receiptuários, cópia de exames, prontuários de internação, etc.

Obs.: Em caso de nota fiscal eletrônica, encaminhar “Declaração de único reembolso de despesas” (*modelo Alfa*).

- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizada em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiário: deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

Novas.: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item 'comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item "Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço".

Importante:

- 1- Somente para o produto Alfa Vida Sindicatos e Alfa Capital Global, anexar: Relação completa de FGTS (GFIP / SEFIP / GR) do mês do sinistro;
- 2- Seguro Contributário: cópia do demonstrativo de pagamento (holerite) do mês anterior ao sinistro.

▲ Cláusula Especial de Doença Terminal

- **Aviso de Sinistro;**
- **Documento de Identidade e CPF/MF do segurado sinistrado;**
- **Cópia do contra-cheque;**
- **Relatório do médico assistente, informando: Diagnóstico; Terapêutica utilizada; Reconhecimento do estado terminal, em consequência de qualquer das doenças referidas no item 4.5.1. do presente, com indicação de expectativa máxima de vida.**

▲ Perda de Renda por Desemprego

- Formulário do Aviso de Sinistro (*modelo Alfa*): Deverá ser preenchido pelo reclamante e/ou corretor com os dados do sinistro;
- Cópia do RG e CPF *do(a) segurado(a)*;
- Comprovante de vínculo entre segurado principal e o estipulante, tais como: 1- Vínculo empregatício: Cópia das páginas de identificação (foto), qualificação civil, páginas de registro e páginas de anotações de afastamento pelo INSS da Carteira Profissional de Trabalho *do(a) segurado(a) Principal*; 2-Vínculo Associativo: Cópia da carteira de associado ou outro documento que comprove o vínculo associativo. 3- Prestamista: cópia do contrato de empréstimo ou financiamento, ficha contábil constando inclusive saldo devedor trazido a valor presente na data do sinistro;
- Cópia da Rescisão do contrato de trabalho devidamente homologada em sindicato ;
- Cópia **autenticada** da Carteira Profissional de Trabalho onde conste o último contrato de trabalho com a devida baixa do vínculo empregatício e da página seguinte à mesma, bem como a página de identificação e qualificação civil;
- Cópia do seguro desemprego;
- Comprovante de recebimento do FGTS;
- Carta do empregador atestando o motivo da demissão;
- Beneficiário: RG, CPF e comprovante de endereço atualizada em até 60 dias do beneficiário (próprio segurado ou do curador);
- Formulário de Beneficiário (*modelo Alfa*): deverá ser preenchido pelo segurado ou curador

Nota.: Maiores esclarecimentos sobre documentos válidos para item 'comprovante de endereço (pessoa física e jurídica) vide item "Relação de documentos dos beneficiários - Comprovante de endereço".

Obs.: Caso a cobertura contemple pagamentos sucessivos por tempo determinado, é importante salientar a necessidade de envio da cópia das páginas do último registro e a posterior da CPTS, para certificar-se de que o segurado não se estabilizou em novo emprego.

▲ Relação de Documentos de beneficiários em caso de Morte:

1. Quando houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário na Proposta Individual de Seguro da Alfa Previdência e Vida:

RG, CPF e comprovante de endereço atualizado em até 60 dias.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

Importante:

- a) Beneficiários com idade entre 16 e 18 anos deverão ser assistido por seu tutor Legal (pai/mãe ou quem estiver designado no Termo de Tutela). Desta forma, os documentos relacionados no item 4.1 referem-se ao próprio beneficiário bem como ao seu tutor, o qual deverá dar quitação a qualquer indenização juntamente com o menor.
- b) Beneficiários menores de 16 (dezesesseis) anos deverão ser representados por seu tutor legal (pai/mãe ou quem estiver designado no Termo de Tutela). Desta forma, os documentos relacionados no item 4.1 referem-se ao menor bem como ao de seu tutor, o qual dará quitação ao pagamento, entretanto, a indenização será sempre realizado em nome do menor. O Termo de Tutela é obrigatório se ficar caracterizado que o menor não possui pai e/ou mãe vivos.

2. Quando não houver indicação expressa (nome por extenso) do beneficiário na Proposta Individual de Seguro da Alfa Previdência e Vida o pagamento da indenização é devido de acordo com o artigo 792 do Código Civil:

Art.792: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se, por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do(a) segurado(a), obedecida a ordem de vocação hereditária (Art.1829).

Parágrafo único: Na falta das pessoas indicadas nesse artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do(a) segurado(a) os privou dos meios necessários à subsistência.

Nesta situação, a declaração de únicos herdeiros é documento obrigatório, modelo que será fornecido pela seguradora/corretor:

- Segurado com cônjuge/companheira(o) e com filhos: Declaração cônjuge e filhos;
- Segurado sem cônjuge/companheira com filhos: Declaração de filhos;
- Segurado sem cônjuge/companheira (o) e sem filhos: Declaração Pais;
- Segurado com cônjuge/companheira e sem filhos: Declaração cônjuge e pais;
- Segurado com cônjuge/companheira, sem filhos e sem pais: Declaração cônjuge/companheiro juntamente com certidão de óbito dos pais do(a) segurado(a);
- Segurado sem filhos, sem pais e sem Cônjuge/companheiro: Declaração irmãos (uni e bilaterais) juntamente com certidão de óbito dos pais do(a) segurado(a);

Obs.: Em caso de beneficiários cuja situação não esteja acima indicada, os documentos necessários serão solicitados após análise da seguradora.

Documentos válidos para comprovação de companheirismo:

- a) **Companheiro(a):** RG, CPF, Comprovante de Endereço e:

Em caso de segurado solteiro:

- Declaração pública constando que o segurado faleceu no estado civil solteiro, declarando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF ou CTPS, outros);
- Comprovante de residência do(a) segurado(a) e do companheiro em comum, que comprove o vínculo associativo. o vínculo associativo. a moradia de ambos na mesma residência;

Em caso de segurado viúvo:

- Certidão de Casamento atualizada do(a) segurado(a);

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- Certidão de Óbito do cônjuge;
- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF ou CTPS, outros);
- Comprovante de residência *do(a) segurado(a)* e do companheiro em comum, que comprove o vínculo associativo. *o vínculo associativo*. a moradia de ambos na mesma residência;

Em caso de segurado separado judicialmente:

- Certidão de Casamento atualizada com a averbação de separação;
- Declaração pública constando o tempo de convivência marital (início e término da união), com responsabilidade civil e criminal e duas testemunhas;
- Comprovante de companheirismo expedido por órgão competente (INSS, IRRF ou CTPS, outros);
- Comprovante de residência *do(a) segurado(a)* e do companheiro em comum, que comprove o vínculo associativo. *o vínculo associativo*. a moradia de ambos na mesma residência;
- Certidão de Nascimento de filhos em comum, se houver.

- Em caso de segurado separado de fato (sem regularização judicial):

- Acordo entre as partes envolvidas (consignação administrativa) ou consignação judicial;

▲ Relação de Documentos válidos para Comprovante de endereço:

1 – Pessoa Física

Para liquidação de sinistro é obrigatório a apresentação de cópia do RG, CPF e comprovante de endereço com data atualizada (máximo 60 dias) do beneficiário.

Como comprovante de residência poderá ser aceito, desde que estejam em nome próprio com prazo não superior a 60 dias (da data do pagamento para beneficiários) um dos seguintes documentos:

Contas de luz, ou de telefone fixo ou móvel, ou de IPTU, ou de gás, ou de água, ou ainda prestação de casa própria, ou outros tipos como, por exemplo: extrato de outro banco, fatura de cartão de crédito, carta do INSS.

Também poderá ser aceito:

Fatura de Concessionárias de TV por assinatura / TV à Cabo (ex. NET, TVA, etc.) ou de fornecedoras de serviços de Banda Larga (ex.: A Jato, Virtua, Velox, etc) desde que referente ao último mês vencido, cujo extrato apresente registro de recebimento / pagamento do mês anterior;

Certificado de Registro e Licenciamento de Veículo (CRVL) – Emitido pelo Detran, desde que dentro do exercício de licenciamento.

PARTICULARIDADES:

Residentes em imóveis alugados: deverá apresentar comprovante em nome do proprietário do imóvel, juntamente com a cópia do contrato de Locação com firma reconhecida.

Residentes com os pais: deverá apresentar comprovante em nome do pai ou da mãe, se comprovado a filiação através dos nomes constantes na Carteira de Identidade. Essa alternativa é válida para filhos menores de 21 anos; para maiores, deve-se apresentar a declaração de residência (modelo anexo), devidamente preenchida pelo proprietário com firma reconhecida.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

Universitários: residindo em república de propriedade da Universidade, apresentar declaração, em papel timbrado da Universidade. Residindo em repúblicas particulares ou pensões, apresentar declaração firmada pelo proprietário do imóvel juntamente com um dos comprovantes de endereço citados em nome do mesmo, observando-se que a declaração firmada pelo proprietário deverá ser autenticada em cartório.

Residentes com outras pessoas (cônjuges, companheiros (as), etc.): Clientes que residam em companhia de outra pessoa, que não possuam comprovante de endereço em seu nome, poderão apresentar comprovante de endereço em nome da pessoa com a qual residam, desde que seja comprovado o relacionamento existente entre elas.

No caso de cônjuges, deverá apresentar a certidão de casamento.

Nos demais casos, quando não for possível comprovar o relacionamento, deverá ser preenchida a DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA – *Modelo Alfa* cujo modelo será fornecido pela seguradora / corretor, com firma reconhecida em cartório.

2 – Pessoa Jurídica

1. Formulário REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS – PESSOA JURÍDICA (*modelo Alfa*);
2. Cópia simples do cartão CNPJ;
3. Cópia simples do Estatuto social;
4. Comprovante de endereço atualizado em nome do beneficiário

▲ Morte – Auxílio Funeral

- Notas Fiscais originais das despesas com o funeral do **Segurado**;
- RG, CPF e Comprovante de Residência daquele que efetuou o referido pagamento.

▲ Morte – Despesas com Rescisão Contratual

- Termo de Rescisão Contratual

▲ Invalidez Permanente Total por Doença Congênita de Filhos

- Aviso de Sinistro preenchido pelo **Segurado** ou **Estipulante**; e a parte médica, preenchido, assinado e com reconhecimento de firma do médico com quem o filho do **Segurado** faz tratamento;
- Laudo médico e Exames realizados pelo filho do **Segurado**, comprovando a existência de doença congênita até 6º mês de vida deste;
- Certidão de Nascimento do filho acometido pela doença congênita;
- RG, CPF e Comprovante de Residência do **Segurado** titular.

26. OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

a) A Seguradora poderá solicitar outros documentos complementares, além dos acima mencionados, para esclarecimentos que julgar necessários, em caso de dúvida fundada e justificável.

b) As providências ou atos que a Seguradora praticar após receber o aviso de sinistro não importam, por si só, no reconhecimento da obrigação de pagar qualquer indenização.

27. AMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

O âmbito territorial de qualquer garantia é o globo terrestre, **exceto se houver disposição em contrário no Contrato.**

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

28. ALTERAÇÃO DE CONTRATO

Nenhuma alteração neste Seguro será válida se não for feita por escrito e com a concordância das partes contratantes.

Deve ser observado que se a alteração implicar em ônus ou dever para os segurados, sua aplicação dependerá da anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

29. PRESCRIÇÃO

Decorridos os prazos previstos pelo Código Civil Brasileiro, operar-se-á a prescrição.

30. FORO

Fica eleito o foro da Comarca do domicílio do **Segurado**, para nele serem dirimidas as dúvidas, conflitos ou litígios oriundos deste Contrato de Seguro, renunciando as partes, expressamente, a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

CLÁUSULAS SUPLEMENTARES

▲ DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

Garantir ao **Segurado** titular o pagamento de uma indenização, em caso de falecimento de seu cônjuge, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, qualquer que seja a causa, **exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nas Condições Gerais que regem este seguro.**

2. INCLUSÃO

Para fins deste seguro e desde que contratada esta cláusula, será incluído, na qualidade de **Segurado** dependente, o cônjuge ou companheiro(a) do **Segurado** titular.

3. CONDIÇÃO DO CÔNJUGE

Equiparam-se aos cônjuges os(as) companheiros(as) dos **Segurados** titulares desde que comprovada a união estável entre ambos na forma da legislação em vigor aplicável à matéria.

Não estarão amparados pela cobertura concedida por esta cláusula os cônjuges ou companheiros(as) que façam parte do mesmo grupo dos Segurados titulares.

4. LIMITE DE CAPITAL

O capital segurado individual do cônjuge não poderá, em hipótese alguma, ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado individual do respectivo **Segurado** titular, aplicando-se a este seguro o Limite de Capital indicado no Contrato.

5. GARANTIAS DESTA CLÁUSULADA DISTRIBUIÇÃO

Para fins desta cláusula, poderão ser contratadas as garantias disponíveis para o **Segurado Titular, exceto as garantias de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Morte – Despesas com Rescisão Contratual e Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença**, mediante solicitação na Proposta de Contratação e desde que tenham sido contratadas também pelo **Segurado** titular.

6. INÍCIO DA GARANTIA

A garantia dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

- a) Na data de início do risco individual do **Segurado** titular, desde que elegível ao Seguro nos termos estabelecidos na presente Clausula Suplementar;
- b) Na data de inclusão desta cláusula suplementar na apólice, se ela for incluída após o início de vigência do seguro, desde que elegível ao Seguro nos termos estabelecidos na presente Clausula Suplementar.

7. BENEFICIÁRIO

A indenização por Morte, devida por esta cláusula suplementar, será paga ao **Segurado** titular, e a de Invalidez, seja ela parcial ou total, será devida ao próprio **Segurado** dependente nos termos da presente clausula suplementar.

8. CESSAÇÃO DESTA CLÁUSULA

A presente cláusula suplementar cessará quando ocorrer alguma das situações relacionadas no item 18, segunda parte, das Condições Gerais deste seguro.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

CLÁUSULAS SUPLEMENTARES

▲ DE INCLUSÃO DE FILHOS

1. OBJETIVO

Garantir ao **Segurado** titular o pagamento de uma indenização em caso de falecimento de algum dos seus filhos dependentes, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, qualquer que seja a causa, **exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nas Condições Gerais que regem este seguro.**

2. INCLUSÃO

Para fins deste seguro e desde que contratada esta cláusula, serão incluídos, na qualidade de **Segurados** dependentes, todos os filhos seguráveis dos **Segurados** titulares, desde que contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuge, mediante solicitação na Proposta de Seguro e ratificação no Contrato.

Quando ambos os cônjuges pertencerem ao mesmo grupo segurado, os filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado **Segurado** titular para efeito desta cláusula.

3. DEFINIÇÃO DE DEPENDENTES

Consideram-se filhos seguráveis, para fins desta cláusula suplementar, aqueles assim considerados no Regulamento do Imposto de Renda, conforme segue:

- Filho(a) ou enteado(a) até 21 (vinte e um) anos ou, em qualquer idade, quando incapacitado física e/ou mentalmente para o trabalho;
- Filho(a) ou enteado(a) universitário(a) ou cursando escola técnica de 2º grau, até 24 (vinte e quatro) anos;
- Menor pobre, até 21 (vinte e um) anos, que o contribuinte crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial.

Para efeito de comprovação da qualidade de dependente na ocasião do sinistro, será necessária apresentação da Declaração do Imposto de Renda dos últimos dois anos imediatamente anteriores ao evento, onde conste o nome do dependente envolvido no sinistro.

Não estarão amparados pela cobertura concedida por esta cláusula suplementar os filhos que façam parte do mesmo grupo dos Segurados titulares.

4. LIMITE DE CAPITAL

O capital segurado individual dos filhos não poderá, em hipótese alguma, ser superior a 100% (cem por cento) do capital do respectivo **Segurado** titular, observado o disposto no item 2.1 das Condições Gerais, no que se refere aos seguros para menores de 14 (quatorze) anos.

5. GARANTIAS DESTA CLÁUSULADA DISTRIBUIÇÃO

Para fins desta cláusula, somente poderão ser contratadas as garantias de Invalidez Permanente Total por Doença Congênita de Filhos, Morte Acidental (MA) ou de Morte (M) e Auxílio Funeral ou Assistência Funeral.

6. INÍCIO DA GARANTIA

A garantia do risco individual prevista nesta cláusula começará a vigorar:

- Na data de início do risco individual do **Segurado** titular, desde que elegível ao Seguro nos termos estabelecidos na presente Cláusula Suplementar;
- Na data de inclusão desta cláusula suplementar na apólice, se ela for incluída após o início de vigência do seguro, desde que elegível ao Seguro nos termos estabelecidos na presente Cláusula Suplementar.

7. BENEFICIÁRIO

As indenizações devidas por esta cláusula suplementar serão pagas ao **Segurado** titular.

8. CESSAÇÃO DESTA CLÁUSULA

A presente cláusula suplementar cessará quando ocorrer alguma das situações relacionadas no item 18, segunda parte, das Condições Gerais deste seguro.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

▲ DE INCLUSÃO FACULTATIVA DE CÔNJUGE

1. OBJETIVO

Garantir ao **Segurado** titular o pagamento de uma indenização, em caso de falecimento de seu cônjuge, quando este ocorrer dentro do período de cobertura, qualquer que seja a causa, **exceto se decorrente dos riscos excluídos constantes nas Condições Gerais que regem este seguro.**

2. INCLUSÃO

Para fins deste seguro e desde que contratada esta cláusula, será incluído, na qualidade de **Segurado** dependente, o cônjuge ou companheiro(a) do **Segurado** titular que este autorizar a inclusão, mediante declaração expressa na Proposta de Adesão e ratificada no Contrato, devendo ser atendidos os mesmos critérios para aceitação do **Segurado** titular.

3. CONDIÇÃO DO CÔNJUGE

Equiparam-se aos cônjuges os(as) companheiros(as) dos **Segurados** titulares desde que comprovada a união estável entre ambos na forma da legislação em vigor aplicável à matéria.

Não podem participar desta cláusula os cônjuges ou companheiros(as) que façam parte do mesmo grupo dos Segurados titulares.

4. LIMITE DE CAPITAL

O capital segurado individual do cônjuge não poderá, em hipótese alguma, ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado individual do respectivo **Segurado** titular, aplicando-se a este seguro o Limite de Capital indicado no Contrato.

5. GARANTIAS DESTA CLÁUSULADA DISTRIBUIÇÃO

Para fins desta cláusula, poderão ser contratadas as garantias disponíveis para o **Segurado Titular**, **exceto as garantias de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Morte – Despesas com Rescisão Contratual e Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença**, mediante solicitação na Proposta de Contratação e desde que tenham sido contratadas também pelo **Segurado** titular.

6. INÍCIO DA GARANTIA

A garantia dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

- a) Na data de início do risco individual do **Segurado** titular, desde que solicitada a inclusão de seu cônjuge simultaneamente, e aceito, após análise, pela **Seguradora**;
- b) Quando este não for incluído simultaneamente com o **Segurado** titular, o início de vigência individual do seguro do cônjuge será a partir da data de aceitação do risco expressa pela Seguradora.

7. BENEFICIÁRIO

A indenização por Morte, devida por esta cláusula suplementar, será paga ao **Segurado** titular, e a de Invalidez, seja ela parcial ou total, será devida ao próprio **Segurado** dependente nos termos da presente cláusula suplementar.

8. CESSAÇÃO DESTA CLÁUSULA

A presente cláusula suplementar cessará quando ocorrer alguma das situações relacionadas no item 18, segunda parte, das Condições Gerais deste seguro.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

▲ DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

Esta Cláusula integra o Seguro prevalecendo sobre as normas contidas nas Condições Gerais que dispuserem em contrário e tem por objetivo garantir ao **Estipulante** e/ou **Segurados** a participação no excedente técnico da apólice, relativo a cada ano de vigência do Seguro, conforme definido no Contrato, o qual será apurado após cada ano de vigência da apólice.

1. OBJETIVO

Garantir ao **Estipulante** e/ou aos **Segurados** do grupo, a participação nos resultados técnicos da apólice.

2. RECEITAS

Consideram-se como receitas de cada ano de vigência da apólice, para fins de apuração do excedente:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) Estornos de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.
- c) Recuperação de Sinistros através do Resseguro

3. DESPESAS

Consideram-se como despesas de cada ano de vigência da apólice, para fins de apuração do excedente:

- a) as comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;
- c) as comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- e) os saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- f) as despesas administrativas, calculadas na base dos prêmios efetivamente pagos.
- g) Os prêmios de resseguro pagos pela Alfa Previdência e Vida S.A., quando esta fizer uso da faculdade de repassar parte dos Capitais Segurados ao órgão ressegurador oficial ou privado.
- h) Provisão para Sinistros Ocorridos e Não Avisados (IBNR – Incurred But Not Reported)

4. ATUALIZAÇÕES

As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, desde:

- a) o respectivo pagamento para prêmio e comissões;
- b) o aviso à Alfa Previdência e Vida S.A., para sinistros;
- c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d) as datas em que incorrerem, para as despesas administrativas;
- e) as datas do pagamento dos prêmios de resseguro.

A apuração do resultado técnico será atualizada monetariamente pelo INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor) acumulado, desde o término do período de apuração estabelecido no Contrato até a data da distribuição do excedente técnico, não cabendo qualquer adiantamento nesse período.

Nos **Seguros** parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído pode ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao **Segurado**.

5. DA DISTRIBUIÇÃO

A distribuição de Excedentes Técnicos será realizada após o término de vigência anual da apólice depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento.

A participação no Excedente Técnico está condicionada a que a apólice tenha apresentado, durante o período de apuração, uma média mínima mensal de 500 (quinhentos) Segurados Principais.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

CLÁUSULAS ESPECIAIS

▲ CLÁUSULA ESPECIAL DE CIRURGIA DECORRENTE DE ACIDENTE PESSOAL

Garante ao segurado o reembolso de até 50% (cinquenta por cento) do capital segurado da garantia de Morte (M) ou Invalidez Permanente por Acidente, considerados como antecipação, em caso de gastos com eventos decorrentes de Acidente, de forma cumulativa para vários sinistros.

Os valores reembolsados por esta cláusula serão deduzidos de eventual indenização por Morte Acidental ou Invalidez Permanente por Acidente.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro a data do acidente.

Não haverá reintegração para esta garantia.

Esta cláusula poderá ser contratada também pelo cônjuge do segurado principal.

O limite de idade para contratação desta cláusula é de 60 (sessenta) anos.

Não haverá exclusão de procedimentos para reembolso desta cobertura.

Para esta cláusula não haverá cobrança de prêmio, pois os valores pagos são considerados como antecipação ou da garantia de Morte Acidental ou da garantia de Invalidez Permanente por Acidente. Outra razão reside no fato de que com os procedimentos cirúrgicos a serem realizados a probabilidade de morte ou invalidez é reduzida substancialmente.

▲ CLÁUSULA ESPECIAL DE TRATAMENTO DE CÂNCER

Os valores reembolsados por esta cláusula serão deduzidos de eventual indenização decorrente da garantia de Morte(M) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença(IFPD).

Não haverá reintegração para esta garantia.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro a data do diagnóstico do câncer.

Esta cláusula poderá ser contratada também pelo cônjuge do segurado principal.

O limite de idade para contratação desta cláusula é de 60 (sessenta) anos.

Estão excluídos para reembolso todos os tipos histológicos benignos.

Para esta cláusula não haverá cobrança de prêmio, pois os valores pagos são considerados como antecipação ou da garantia de Morte ou da garantia de Invalidez Funcional Permanente por Doença. Outra razão reside no fato de que com os procedimentos cirúrgicos a serem realizados a probabilidade de morte ou invalidez é reduzida substancialmente.

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

▲ CLÁUSULA ESPECIAL DE CIRURGIA DO CORAÇÃO

Garante ao segurado o reembolso de até 20% (vinte por cento) do maior capital segurado contratado para a garantia de Morte (M) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratadas, considerados como antecipação, em caso de gastos decorrentes de cirurgia do coração, de forma cumulativa para vários sinistros.

Os valores reembolsados por esta cláusula serão deduzidos de eventual indenização decorrente da garantia de Morte(M) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD).

Não haverá reintegração para esta garantia.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro a data da cirurgia.

Esta cláusula poderá ser contratada também pelo cônjuge do segurado principal.

O limite de idade para contratação desta cláusula é de 60 (sessenta) anos.

Estão excluídos para reembolso todos os procedimentos realizados para diagnóstico de doenças cardíacas e suas conseqüências.

Para esta cláusula não haverá cobrança de prêmio, pois os valores pagos são considerados como antecipação ou da garantia de Morte ou da garantia de Invalidez Funcional Permanente por Doença. Outra razão reside no fato de que com os procedimentos cirúrgicos a serem realizados a probabilidade de morte ou invalidez é reduzida substancialmente.

▲ CLÁUSULA ESPECIAL DE CIRURGIA DO CÉREBRO

Garante ao segurado o reembolso de até 20% (vinte por cento) do maior capital segurado contratado para a garantia de Morte (M) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratadas, considerados como antecipação, em caso de gastos decorrentes de cirurgia do cérebro, de forma cumulativa para vários sinistros.

Os valores reembolsados por esta cláusula serão deduzidos de eventual indenização decorrente da garantia de Morte(M) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratada.

Não haverá reintegração para esta garantia.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro a data da cirurgia.

Esta cláusula poderá ser contratada também pelo cônjuge do segurado principal.

O limite de idade para contratação desta cláusula é de 60 (sessenta) anos.

Não haverá exclusão de procedimentos para reembolso desta cobertura.

Para esta cláusula não haverá cobrança de prêmio, pois os valores pagos são considerados como antecipação ou da garantia de Morte ou da garantia de Invalidez Funcional Permanente por Doença. Outra razão reside no fato de que com os procedimentos cirúrgicos a serem realizados a probabilidade de morte ou invalidez é reduzida substancialmente.

▲ CLÁUSULA ESPECIAL DE DESPESAS PARA TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

Garante ao segurado o reembolso de até 10% (dez por cento) do maior capital segurado contratado para a garantia de Morte (M) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratadas, considerados como antecipação, em caso de gastos decorrentes de Transplante de Órgãos, de forma cumulativa para vários sinistros.

Os valores reembolsados por esta cláusula serão deduzidos de eventual indenização decorrente da garantia de Morte(M) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratada.

Não haverá reintegração para esta garantia.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro a data do transplante.

Esta cláusula poderá ser contratada também pelo cônjuge do segurado principal.

O limite de idade para contratação desta cláusula é de 60 (sessenta) anos.

Não haverá exclusão de procedimentos para reembolso desta cobertura.

Para esta cláusula não haverá cobrança de prêmio, pois os valores pagos são considerados como antecipação ou da garantia de Morte ou da garantia de Invalidez Funcional Permanente por Doença. Outra razão reside no fato de que com os procedimentos cirúrgicos a serem realizados a probabilidade de morte ou invalidez é reduzida substancialmente.

▲ CLÁUSULA ESPECIAL DE DOENÇA TERMINAL

Garante ao segurado titular a antecipação de até 50% (cinquenta por cento) do pagamento do Capital Segurado da garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), na hipótese do mesmo vir a se tornar portador de Doença Terminal, abaixo definida, diagnosticada após o início de vigência do seguro.

Entende-se por Doença 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.

Os valores antecipados por esta cláusula serão deduzidos de eventual indenização decorrente da garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratada.

Na hipótese de falecimento do segurado titular, antes ou durante o recebimento do pagamento único, de 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado Individual, o benefício aqui previsto será imediata e automaticamente cancelado, remanescendo, entretanto, em favor dos beneficiários do segurado, o direito a receber o saldo da indenização pelo valor restante, do Capital Segurado Individual.

Não haverá reintegração para esta garantia.

Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação de sinistro a data do Diagnóstico de Doença Terminal.

O limite de idade para contratação desta cláusula é de 60 (sessenta) anos.

Para esta cláusula não haverá cobrança de prêmio, pois os valores pagos são considerados como antecipação.

Estão expressamente excluídos desta Cláusula Especial, os eventos originados de:

CONDIÇÕES GERAIS VIDA EM GRUPO

- a) Quaisquer consequências de enfermidades auto-infligidas ou auto-lesão;
- b) Enfermidades causadas, direta ou indiretamente, por uso de álcool ou drogas, de qualquer espécie e/ou natureza e;
- c) Enfermidades diagnosticadas antes do início de vigência.

Se da análise de qualquer enfermidade e respectivo enquadramento na condição de Doença Terminal resultar dúvida e não houver acordo entre o segurado e a Seguradora, a questão será, obrigatoriamente, analisada por junta médica, composta por 3 (três) peritos médicos, de especialidade que corresponda ao caso clínico, sendo que 2 (dois) membros serão designados, individualmente, por cada uma das partes e um terceiro membro, desempatador, será nomeado, por ambas as partes, em decisão conjunta. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os honorários do terceiro serão pagos em partes iguais, pelo segurado e pela Seguradora.