

Apólice de Seguro de vida em grupo

VG EXPRESS

Grupo/Ramo: 09/93		Contrato nº 397181	Apólice nº 1099300036883/1
Proposta Nº 93000792417	Início da vigência 24hs do dia 12/01/2025	Fim da vigência 24hs do dia 12/01/2026	Data de emissão 16/01/2025
Apólice anterior renovada	Pró-labore 0%	Excedente técnico NÃO	Cosseguro NÃO

Dados do estipulante	
Nome/razão social: CONFEDERACAO BRASILEIRA DE TIRO PRATICO	
CNPJ: 38.895.892/0001-09	Telefone:
Endereço completo: R CASTIGLIANO, 57, SALA 202	
Bairro: PADRE EUSTAQUIO	Cidade: BELO HORIZONTE
CEP: 30720-402	UF: MG
Código e descrição da atividade econômica principal 93.19-1 - Produção e promoção de eventos esportivos	

Dados do Corretor		
Nome/razão social: MALTA TOUSSAINT CORRETORA DE SEGUROS LTDA	CNPJ: [REDACTED]	Código Susep: [REDACTED]

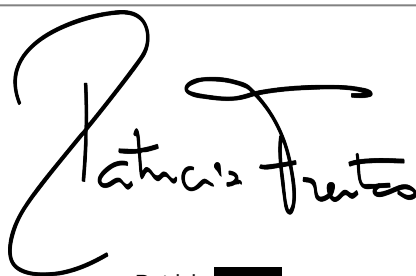
Pagamento de prêmio

Forma de pagamento	Periodicidade	Nº de parcelas	Vencimento todo dia
Ficha de Compensação - Itaú Com IOF - 148	Mensal	0	0

Observações

1. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. As coberturas e os capitais segurados estão descritos nas condições contratuais do seguro.
2. A seguradora, tendo em vista as declarações constantes da proposta que lhe foi apresentada pelo estipulante, obriga-se a indenizar, nos termos e sob as condições gerais, especiais e/ou particulares convencionadas, as consequências dos eventos discriminados nas condições contratuais.
3. Para outras informações sobre o produto vinculado a esta apólice, acesse <http://www.susep.gov.br/menu/consultade-produtos-1> e informe o número do processo Susep*. Em caso de dúvidas relacionadas a normas e regulação, entre em contato com o atendimento Susep, pelo telefone gratuito 0800 021 8484.
4. As condições gerais deste produto protocolizadas pela seguradora junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante do certificado/apólice/proposta.
5. O registro deste plano na Susep não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
6. O segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na Susep, nome completo, CNPJ ou CPF.

*Susep - Superintendência de Seguros Privados: autarquia federal responsável pela fiscalização, normatização e pelo controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.



Patricia 
Presidente & CEO



Felipe 
Vice-Presidente Operações & COO

Central de Atendimento**0800 730 0011**

Segunda a sexta-feira, das 8h às 20h,
exceto feriados.
(Assistência Funeral - 24h)

(+55 11) 4133 6910

Atendimento no exterior
(Assistência Funeral - 24h)

SAC**Serviço de Atendimento ao Cliente****0800 730 0012**

Atendimento 24 horas

0800 730 0013

Em caso de deficiência auditiva ou de
fala Atendimento 24 horas

Ouvidoria Prudential**Vida em Grupo****0800 200 1020**

(Segunda a sexta-feira, das 8h30 às 17h30
exceto feriados.)

Condições contratuais

VG EXPRESS

Proposta nº 93000792417	Grupo/Ramo: 09/93	Início da vigência 24hs do dia 12/01/2025	Fim da vigência 24hs do dia 12/01/2026
-----------------------------------	-----------------------------	---	--

Condições do Seguro - Uniforme

Grupo segurável

O grupo segurável será constituído por **Diretores, Estagiários, Funcionários, Menores aprendizes, Prestadores de Serviço, Sócios e Dirigentes**, desde que comprovado o vínculo com o estipulante e que preencham os requisitos de elegibilidade.

Não há afastados no grupo

Tipo de Adesão

Compulsória: 100% do grupo segurado.

A inclusão dos componentes no grupo segurável é feita de forma automática e todos os funcionários farão parte do grupo.

Tipo de capital segurado

Uniforme

O capital será o mesmo para todos os segurados: **R\$10.000,00**.

Limite de Idade

Na implantação, será de 38 anos. Para novas inclusões durante a vigência, o limite de idade será de 70 anos. Acima desse limite, as novas inclusões poderão ser analisadas mediante a apresentação da DPS – Declaração Pessoal de Saúde – e novos cálculos serão embasados, podendo haver acréscimo de prêmio e alterações de condições.

Tipo de custeio

O seguro não é contributivo, isto é, os prêmios serão pagos integralmente pelo estipulante.

Cobertura(s)	Percentual	Capitais/Limites	Taxas
Morte	100.00	R\$ 10.000,00	0.272750
Morte Acidental	100.00	R\$ 10.000,00	0.094125
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ATÉ	100.00	R\$ 10.000,00	0.053250
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença	100.00	R\$ 10.000,00	0.046000
Doenças Graves	100.00	R\$ 10.000,00	0.158875

Observação

A **taxa média mensal** é a soma do resultado da ponderação das taxas por garantia e seus percentuais. Sua correta aplicação, exceto a garantia de Diária por Incapacidade Temporária, quando contratada, totalizará a taxa média acordada de **0.625000** (por mil). A referida taxa contempla o IOF de **0.38%**.

Assistências

Descrição da(s) assistência(s)	Valor /quantidade
Assistência Funeral Titular	R\$ 10.000,00

Grupo segurável

O grupo segurável será constituído por **Diretores, Estagiários, Funcionários, Menores aprendizes, Prestadores de Serviço, Sócios e Dirigentes**, desde que comprovado o vínculo com o estipulante e que preencham os requisitos de elegibilidade.

Os aposentados por tempo de serviço, que continuem em plena atividade profissional a serviço do estipulante, são considerados segurados ativos, portanto possuem cobertura securitária.

Âmbito Territorial das Coberturas

O Âmbito Territorial das Coberturas estará descrito nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

Vigência e Renovação

A presente apólice terá início de vigência a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia **12/01/2025** e fim de vigência nas 24 (vinte e quatro) horas do dia **12/01/2026**, podendo ser renovada automaticamente uma única vez caso não haja expressa desistência do estipulante ou da seguradora até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência. A seguradora tem o direito de não renovar a apólice na data de vencimento, conforme estabelecido nas condições gerais do seguro.

Atualização monetária do prêmio e do capital segurado

Os capitais segurados e prêmio serão atualizados anualmente na renovação, salvo se houver manifestação contrária do Estipulante, pela variação do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA/IBGE, ou outro índice que vier a substituí-lo.

O índice IPCA será o acumulado nos 12 (doze) meses, considerando os últimos três meses que antecedem ao aniversário do seguro, exceto quando se tratar de capital segurado Múltiplo Salarial, que será reajustado na mesma proporção e época dos reajustes salariais ou sempre que houver variação concedido pelo Estipulante, respeitado o capital máximo da apólice, que somente poderá ser reajustado mediante solicitação prévia do Estipulante e devida concordância da Seguradora.

Caso a apólice prevê a aceitação de afastados, o reajuste será apenas com base no dissídio coletivo da categoria.

Condições de aceitação e manutenção no grupo segurado

Todo componente constante no grupo segurável deverá preencher a proposta de adesão com a indicação de beneficiários.

Para novas inclusões no seguro, todo componente do grupo segurável deverá preencher e assinar a proposta de adesão contendo a declaração pessoal de saúde.

O estipulante deverá manter as propostas de adesão em arquivo e disponibilizá-las à seguradora sempre que solicitado e em caso de sinistro.

As propostas de adesão devidamente preenchidas que não tiverem nenhum apontamento na declaração pessoal de saúde e atividade ficarão no dossiê do funcionário e serão utilizadas para designação de beneficiários em caso de eventual sinistro.

A seguradora terá 15 (quinze) dias para se manifestar quanto à aceitação do proponente na apólice. Caso a seguradora não se manifeste neste prazo, será considerado como aceite o risco individual do proponente.

O simples recebimento da proposta de adesão e/ou da primeira parcela do prêmio não implica contratação/aceitação do seguro e, caso a proposta de adesão não seja aceita, durante o período em que a seguradora analisar o risco, vigorará a cobertura provisória com o devido pagamento do prêmio proporcional.

Os aposentados por idade ou tempo de serviço que continuem em plena atividade profissional a serviço do estipulante são considerados segurados ativos; portanto, possuem cobertura securitária.

Se, em algum momento, for constatada a presença de segurados em desacordo com as condições contratadas, por exemplo: demitidos, afastados, aposentados, ou indenizados por invalidez funcional permanente por doença (IFPD), quando não prevista expressamente a manutenção na apólice, a seguradora providenciará a exclusão imediata do segurado e a devolução dos prêmios pagos, com a devida atualização monetária, a partir da data do recebimento indevido do prêmio, e estará isenta do pagamento de quaisquer indenizações (inclusive sinistro).

Subestipulante

Toda e qualquer informação a respeito do(s) subestipulante(s) será de responsabilidade do estipulante. Os subestipulantes, se houver, estarão relacionados no item Anexos.

Franquias e carências

Eventos decorrentes de acidente pessoal: não há carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação ou de adesão ao seguro. Outras carências e franquias, se houver, estão previstas nos Módulos.

Faturamento

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

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

O não cumprimento da obrigatoriedade do envio das informações para o 1º (primeiro) faturamento em até 90 (noventa) dias do início de vigência implicará o cancelamento da apólice, isentando, assim, a seguradora da responsabilidade de efetuar qualquer indenização.

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

Decorrido o referido prazo, sem que o estipulante tenha encaminhado o arquivo, a fatura mensal será emitida com base no último arquivo recebido pela seguradora, ou seja, sem alterações.

O não envio do arquivo ou qualquer incorreção é de única e exclusiva responsabilidade do estipulante.

Índices de adesão e manutenção da apólice

Nos seguros compulsórios, o índice mínimo para adesão e manutenção da apólice será de 100% (cem por cento) do grupo segurável. **Caso se verifique quantidade inferior a essa, a apólice poderá ser cancelada, a critério da seguradora, com aviso prévio de 60 (sessenta) dias.**

Prêmio do seguro

O prêmio do seguro é calculado com base nas taxas contratadas na apólice.

Para garantir o direito à cobertura dos segurados, o estipulante deverá efetuar o pagamento ou repasse do prêmio do seguro até a data de vencimento, que não poderá ultrapassar 30 (trinta) dias da data de emissão do faturamento.

Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela mensal não quita o débito se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

Pagamento de sinistro

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

No caso de sinistro em que o segurado tenha sido incluído ou mantido indevidamente na apólice, a responsabilidade da seguradora fica limitada à devolução dos prêmios pagos correspondentes à cobertura desse seguro.

Ocorrendo sinistro com segurado cujo capital conste com valor superior ao limite máximo em vigor na apólice ou não corresponda ao capital contratado, conforme condições da apólice, na data do evento, a responsabilidade da seguradora fica limitada ao capital máximo e ao capital contratado e à devolução da diferença dos prêmios pagos.

Não será considerada, para efeito de cálculo do valor da indenização, qualquer diferença relativa à adoção

de critérios de aumento salarial divergente do que fora previamente pactuado no contrato. Uma vez constatada tal situação, será providenciada a imediata devolução acumulada das diferenças de prêmios pagos indevidamente.

Beneficiários

A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, salvo as indicações não previstas e não cobertas pela legislação civil.

O segurado poderá, por meio de solicitação formal preenchida e assinada, fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito. O documento com a indicação do(s) beneficiário(s) ficará sob a guarda e responsabilidade do estipulante, devendo ser enviada à Seguradora em caso de sinistro ou sempre que esta solicitar, no prazo de até 72 horas, sob pena de ressarcir à seguradora por eventuais prejuízos causados pela não exibição do documento original ou pelo envio do documento desatualizado.

Para efeito de regulação de sinistro, caso o estipulante não envie o formulário com a indicação de beneficiário(s), ou se não houver indicação desse(s), ou ainda, se por qualquer motivo não prevalecera designação feita, o capital segurado será pago de acordo com o que determinar a legislação em vigor à época do sinistro.

Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um. Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado titular e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, titular e dependentes), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, conforme legislação vigente.

O beneficiário do segurado dependente será sempre o segurado titular.

Caso haja particularidades em relação aos beneficiários de alguma cobertura, elas estarão descritas nas condições especiais da cobertura.

Inadimplência e cancelamento da apólice

O não pagamento do prêmio após a data do vencimento constitui o segurado ou o estipulante em mora, de acordo com o caso, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

Durante o período de tolerância do seguro, ou seja, em 60 (sessenta) dias corridos a contar da data do vencimento da primeira fatura não paga ou da primeira parcela do prêmio não pago, conforme o caso, o segurado e/ou o estipulante deverá providenciar a regularização do pagamento do(s) prêmio(s) ou da(s) fatura(s) em aberto, para que não ocorra o cancelamento da apólice.

Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de tolerância, mediante cobrança do prêmio devido.

O seguro ficará automaticamente cancelado na hipótese de qualquer fatura referente ao prêmio do seguro não ser paga em até 60 (sessenta) dias corridos a contar do seu primeiro vencimento.

O seguro não produzirá mais efeitos, direitos ou obrigações desde a data do efetivo cancelamento, não cabendo qualquer indenização (sinistro) ou a restituição de quaisquer prêmios anteriormente pagos, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

A apólice poderá também ser cancelada a qualquer época, por mútuo e expresso consenso entre o estipulante e a seguradora, desde que haja anuência prévia e expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado, ou no vencimento da apólice, observado o disposto nas condições gerais.

Alteração

Nenhuma alteração desta apólice será válida se não for feita por meio de aditamentos ou endossos emitidos pela seguradora.

Qualquer modificação na apólice em vigor que implique ônus ou dever para os segurados, ou redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

Pró-labore

Disposições finais

Em caso de falecimento por acidente, as indenizações previstas pelas coberturas de Morte e Morte Acidental, caso contratadas em conjunto, se acumulam.

O pagamento do capital segurado para a cobertura especial de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, caso contratada, será proporcional ao grau de invalidez apurado em perícia médica, tendo como parâmetro a tabela de invalidez da Susep, limitada ao percentual definido na cobertura. Em nenhuma hipótese será considerado o laudo do INSS e DPVAT para apuração desta cobertura.

A concessão de auxílio-doença ou aposentadoria por invalidez pela Previdência Social (INSS), por regime próprio, por regime especial ou por outra instituição pública ou privada não caracteriza por si só o “quadro clínico incapacitante”, conforme previsto na cobertura especial de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, caso contratada, sendo necessária a comprovação do evento coberto por este seguro. Da mesma forma, a incapacidade laborativa, seja ela total ou parcial, temporária ou definitiva, caracterizada pela incapacidade para o exercício de determinada atividade profissional ou laborativa, também não configura, por si só, o “quadro clínico incapacitante”, sendo necessária a comprovação do evento coberto por este seguro.

Na cobertura especial de Inclusão de Filhos, caso contratada, a indenização para menores de 14 (quatorze) anos, em caso de falecimento, destina-se apenas ao reembolso de despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das notas fiscais originais especificadas.

Ratificação

Ratificam-se as condições gerais e especiais do seguro de vida em grupo, desde que não alteradas por este instrumento.

Observações complementares

Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada via aditivo à apólice.

Além da Ouvidoria Prudential, o segurado poderá registrar reclamações no site www.consumidor.gov.br.

Anexos

Fazem parte integrante e inseparável os anexos a seguir:

-Serviços

-Condições Especiais -Condições Gerais
-Relação dos Subestipulantes

Dados do subestipulante

Nrº	Nome/razão social	CNPJ
1	CONFEDERACAO BRASILEIRA DE TIRO PRATICO	38.895.892/0001-09

Endereço completo

R CASTIGLIANO, Nº 57 - SALA 202
PADRE EUSTAQUIO - BELO HORIZONTE - MG
CEP 30.720-402

Condições Gerais

SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

1. Objetivo do seguro

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir a indenização ao segurado ou a seu(s) beneficiário(s) na ocorrência de eventos previstos nas coberturas contratadas, durante o período de vigência da apólice/certificado individual, exceto se decorrente de riscos excluídos, respeitando-se os itens destas condições gerais e especiais.

1.2. A contratação do seguro é opcional ao estipulante, e o segurado poderá cancelar seu seguro, caso facultativo, a qualquer tempo com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

1.3. Os produtos comercializados pela Prudential do Brasil Vida em Grupo S.A. são seguros de pessoas personalizados e de contratação coletiva. Sendo assim, tais produtos não se caracterizam como plano de previdência privada, aposentadoria ou investimento e não têm como objetivo proporcionar ganhos financeiros ao segurado ou seu(s) beneficiário(s).

1.4. A aceitação da proposta estará sujeita à análise de risco pela seguradora.

2. Eventos cobertos

2.1. Para fins deste seguro, consideram-se eventos cobertos aqueles definidos nas condições especiais, que constituem parte integrante e inseparável destas condições contratuais.

3. Coberturas

3.1. As coberturas a seguir poderão ser contratadas conforme determinação do estipulante, respeitadas as conjugações de planos disponibilizados pela seguradora. Nas contratações de seguros facultativas aos segurados, estes poderão escolher a contratação de coberturas já previamente determinadas pelo estipulante.

3.2. A descrição das coberturas deste seguro consta ao final do documento, nas condições especiais. Conforme as conjugações disponibilizadas pela seguradora, qualquer cobertura poderá ser contratada como uma cobertura básica (principal), enquanto todas as demais coberturas, se contratadas, serão consideradas coberturas adicionais.

1. Morte – M
2. Morte Acidental – MA
3. Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente – IPA
4. Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
5. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD
6. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente – DMHO
7. Diárias de Incapacidade Física Temporária – DIT
8. Diárias de Incapacidade Física Temporária por Acidente – DITA
9. Diárias de Internação Hospitalar – DIH
10. Diárias de Internação Hospitalar por Acidente – DIHA
11. Quebra de Ossos – QO
12. Cobertura Cirúrgica – CC
13. Doenças Congênitas de Filhos – DCF
14. Auxílio Cesta Básica – ACB
15. Auxílio Financeiro Imediato – AFI
16. Rescisão Trabalhista – RT
17. Cobertura de Assistência Funeral – Reembolso
18. Cobertura de Assistência Funeral – AF
- 18.1. Cobertura de Assistência Funeral – Individual
- 18.2. Cobertura de Assistência Funeral – segurado e Companheiro(a)
- 18.3. Cobertura de Assistência Funeral – segurado, Companheiro(a) e Filhos
- 18.4. Cobertura de Assistência Funeral – segurado, Companheiro(a), Filhos
19. Indenização Especial para Filhos – IEF
20. Doenças Graves – DG
21. Câncer

- 22. Infarto agudo do miocárdio
- 23. Acidente vascular cerebral
- 24. Insuficiência renal
- 25. Transplante de órgão vital
- 26. Cegueira – 80% ou mais
- 27. Alzheimer
- 28. Esclerose múltipla
- 29. Parkinson
- 30. Cirurgia de enxerto de bypass da artéria coronária
- 31. Paralisia de membros
- 32. Cirurgia cardíaca valvular
- 33. Cirurgia da aorta
- 34. Surdez
- 35. Queimaduras de terceiro grau
- 36. Cobertura para Filhos Póstumos
- 37. Cobertura Adaptação de Residência e/ou Veículo
- 38. Cláusulas suplementares
- 38.1. Inclusão automática de cônjuge
- 38.2. Inclusão automática de filhos
- 38.3. Inclusão facultativa de cônjuge

3.3. O conjunto de Coberturas contratadas pelo estipulante será concedido para todo o grupo segurado de um mesmo plano de seguro, respeitando-se as condições de elegibilidade de cada segurado e facultatividade de contratação, conforme o caso.

3.4. Cumulação de Coberturas:

- 3.4.1 Cobertura por Morte e Morte Acidental, quando contratadas em conjunto, serão cumulativas.
- 3.4.2 Cobertura por Morte/Morte Acidental e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença ("IFPD"), quando contratadas em conjunto, não serão cumulativas.
- 3.4.3 Cobertura por Morte Acidental e Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente ("IPA"), quando contratadas em conjunto, não serão cumulativas.
- 3.4.4 Cobertura por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente ("IPTA"), quando contratadas em conjunto, não serão cumulativas.
- 3.4.5 Cobertura por Morte e qualquer diagnóstico de doenças graves ou intervenções cirúrgicas, quando contratadas em conjunto, serão cumulativas.
- 3.4.6 Cobertura por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas ("DMHO"), Diárias de Incapacidade Física Temporária ("DIT") e/ou Diárias de Internação Hospitalar ("DIH"), quando contratadas em conjunto, serão cumulativas.
- 3.4.7 Cobertura por Doenças Graves e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença ("IFPD"), quando contratadas em conjunto, não serão cumulativas.
- 3.4.8 Cobertura de Filhos Póstumos só poderá ser contratada em conjunto com a cobertura de Morte ou Morte Acidental.

3.5. As doenças constantes na cobertura de Doenças graves não poderão ser contratadas adicionalmente de forma isolada.

4. Riscos excluídos

4.1. A ocorrência de quaisquer eventos decorrentes das situações abaixo descritas excluem quaisquer coberturas do seguro, sejam coberturas básicas, adicionais ou suplementares, não cabendo ao segurado ou ao(s) beneficiário(s) o direito ao recebimento de qualquer pagamento e/ou devolução de prêmios pagos:

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

b) invasões, hostilidades, atos ou operações de guerra, declarada ou não, guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;

- c) perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada por 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 competente;
- d) doenças, lesões e acidentes preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declarados na proposta de adesão;
- e) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo, assim declarados por órgão competente;
- f) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado ou pelos beneficiários e/ou pelo representante legal. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes legais;
- h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, salvo se decorrente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;
- i) prática de parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem devida habilitação legal, inclusive aposta ou rachas, exceto na prática de esportes profissionais e nos casos nos quais o segurado tenha informado previamente à seguradora, e esta tenha prévia e expressamente aceito o risco informado;
- j) sinistros caracterizados anteriormente à contratação do seguro e não declarados à seguradora no momento da contratação do seguro ou da inclusão do segurado;
- k) danos morais.

4.2. O beneficiário também não tem direito ao capital segurado estipulado no certificado individual, nem a devolução dos prêmios pagos, quando o segurado se suicida nos primeiros 2 (dois) anos da vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, ou do aumento do capital segurado. Nesta última hipótese, a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado, conforme disposto no Art. 798 do Código Civil.

5. Cláusula beneficiária

5.1. Beneficiários em caso de morte

5.1.1 Esta cláusula é apenas válida para seguros contratados que possuam uma cobertura que cubra a morte do segurado.

5.1.2 O segurado poderá indicar beneficiários específicos que receberão a indenização em caso de sua morte por sinistro em evento coberto. A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo durante a vigência do seguro, mediante solicitação por escrito que deverá ser mantida em poder do estipulante e da seguradora, observando a legislação local vigente.

5.1.3 Caso a seguradora não seja comunicada a tempo quanto a substituição de beneficiários, esta pagará o capital segurado na forma da última indicação de beneficiários que esteja em posse do estipulante ou da própria seguradora, e caso não haja nenhuma indicação, na forma da lei.

5.1.4 Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado a cada um. Quando não houver distribuição quantitativa do valor da indenização, o valor da indenização será dividido em partes iguais aos beneficiários indicados.

5.1.5 Na hipótese de a morte de um ou mais beneficiários indicados ocorrer antes da morte do segurado titular

("premoriência"), a parte a ele(s) determinada será paga na forma da lei.

5.1.6 Na hipótese de morte simultânea ("comoriência") do segurado titular e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, titular e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência desses, o pagamento ocorrerá na forma da lei.

5.1.7 Caso não haja qualquer indicação de beneficiário ou se a que foi feita não prevalecer, o pagamento da indenização ocorrerá aos beneficiários indicados por lei.

5.1.8 Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

5.2. Beneficiários das demais coberturas

5.2.1 As demais previsões sobre beneficiários constam descritas nas respectivas condições especiais de cada cobertura contratada, ao final das condições gerais.

6. Âmbito territorial da cobertura

6.1. O âmbito territorial de cada cobertura está descrito nas respectivas condições especiais contratadas.

7. Idade do segurado

7.1. As idades mínima e máxima para contratação do seguro estarão estabelecidas na proposta de contratação assinada pelo estipulante, respeitadas as limitações impostas pela legislação vigente.

7.2. O proponente menor de 18 (dezoito) anos, por ocasião do preenchimento da proposta de adesão, será representado ou assistido pelos pais, tutores ou curadores, observada a legislação vigente.

8. Vigência do seguro

8.1. O Seguro Coletivo é contratado pelo estipulante por prazo determinado, tendo a seguradora e o estipulante a faculdade de não renovar a apólice e os certificados individuais na data de vencimento da vigência, independentemente do tempo de relação contratual, sem devolução dos prêmios pagos.

8.2. O início e o término de vigência das coberturas individuais de seguro estarão disponíveis nos respectivos certificados individuais.

8.2.1. O prazo final de vigência do certificado individual não ultrapassará o final de vigência da apólice coletiva.

8.3. As apólices, os certificados individuais e os endossos/aditamentos terão início e término de vigência às 24h das respectivas datas indicadas nestes documentos.

8.4. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência do certificado individual, exceto caso o estipulante renove o seguro.

8.5. 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 pela seguradora ou se dará em data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

8.6. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o início de vigência da cobertura ocorrerá a partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

9. Contratação do seguro

9.1. A contratação, alteração ou renovação não automática do contrato de seguro somente poderão ser feitas mediante proposta preenchida e assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou corretor de seguros.

9.2. Após aceite da proposta, pela Seguradora, a apólice de seguros será emitida com base nas declarações prestadas pelo estipulante no ato da contratação, que deverão ser verdadeiras. Essas declarações determinarão a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

9.3. Caso a seguradora constate que quaisquer informações não são verídicas, ou grupo segurado seja diferente daquele que serviu de base para o cálculo atuarial, a seguradora se reserva o direito de recalcular as taxas. Na hipótese de o estipulante não aceitar as novas taxas propostas, a apólice será cancelada pela seguradora, sendo o estipulante o responsável por qualquer indenização ao grupo segurado, inclusive ressarcindo a seguradora por qualquer dano que venha a causar.

9.4. Caso algum dado da apólice esteja diferente do informado na Proposta de Contratação, o estipulante poderá solicitar à seguradora, por escrito, a correção das divergências. Após este prazo, a redação disposta na apólice será automaticamente convalidada.

10. Adesão do seguro pelo segurado

10.1. A adesão à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, ou a formalização por meio remoto seguro aceito pelas partes como válido, de proposta de adesão e desta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

10.2. No caso de encampação de apólice de seguro não contributivo estipulado por empregador em favor de seus empregados, é admitida a dispensa de proposta de adesão desde que não haja modificação na apólice que implique ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.

10.3. A seguradora fornecerá ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo identificando a proposta de adesão por ela recepcionada, com indicação da data e da hora de seu recebimento.

10.4. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a proposta de adesão, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

10.4.1. A seguradora verificará se as informações contidas na proposta de adesão são suficientes para a emissão do certificado de seguro, sendo que ainda poderá solicitar ao proponente documentos complementares, além de declarações pessoais, exames médicos e/ou qualquer outra prova ou atestado de saúde para análise e aceitação do risco ou da alteração na proposta de adesão, o que poderá ser feito apenas uma vez durante esse prazo. Nesse caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada completa.

10.5. A seguradora fará, obrigatoriamente, a comunicação formal no caso de não aceitação da proposta de adesão, o que poderá ser feito por meio do estipulante justificando a sua recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

10.5.1. Em caso de recusa do risco em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o valor do adiantamento é devolvido no momento da formalização da recusa, sendo restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa da proposta, integralmente ou deduzido da parcela pro rata temporis correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura. Nesse caso, o proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

10.6. Para os menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, seja na condição de segurado principal ou dependente, o oferecimento e a contratação de coberturas cuja indenização se dê sob a forma de reembolso de despesas ou prestação de serviços, desde que a despesa ou serviço estejam diretamente relacionados ao sinistro coberto., exceto para cobertura de doenças graves não infecciosas ou doenças congênitas.

10.7. A seguradora, obrigatoriamente, emitirá e enviará o certificado individual de seguro no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

10.8. No caso de doença ou de invalidez preexistente informada na declaração pessoal de saúde constante da proposta de adesão, a seguradora poderá aceitar o proponente com restrições de cobertura, excluindo os eventos que venham a ser

causados pela doença ou pela invalidez informada.

10.9. Aposentados por tempo de serviço poderão ser incluídos nas apólices que admitam a respectiva cobertura desse grupo com direito a todas as coberturas do seguro, inclusive IFPD. Aposentados por invalidez que não tenham recebido indenização de IFPD de outra seguradora poderão ser aceitos e terão direito a todas as coberturas desse seguro. Aposentados por invalidez que já tenham recebido indenização de IFPD de outra seguradora não serão aceitos. Em todos os casos é necessário que os aposentados em questão atendam a todas as demais condições estabelecidas no contrato para a aceitação de proponentes.

10.10. O segurado poderá desistir do seguro contratado no prazo de 7 (sete) dias corridos, a contar da data da formalização da proposta, e poderá exercer seu direito de arrependimento pelo mesmo meio utilizado para contratação, sem prejuízos de utilizar os demais canais de atendimento da Prudential do Brasil.

11. Alteração da apólice

11.1. Qualquer alteração no seguro somente poderá ser feita mediante proposta preenchida e assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou corretor de seguros.

11.2. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa, por escrito, do estipulante e da seguradora ratificada pelo correspondente endosso, observando que qualquer modificação da apólice que implique ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da prévia e anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

11.3. Alterações na apólice que não impliquem ônus, novos deveres ou diminuição dos direitos dos segurados poderão ser realizadas apenas com aprovação do estipulante.

11.4. Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem nos documentos obrigatórios (ex.: proposta de contratação, proposta de adesão, declaração pessoal de saúde, indicação de beneficiários, etc.) ou outros documentos citados ao longo das condições contratuais e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições gerais e especiais.

12. Renovação

12.1. A renovação do contrato de seguro deverá ser feita mediante proposta preenchida e assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou corretor de seguros.

12.2. A renovação automática do seguro, se prevista, só poderá ocorrer uma única vez, e as renovações posteriores devem ser feitas, obrigatoriamente, de forma expressa pelo estipulante e pelo segurado, conforme o caso.

12.3. A renovação automática não se aplica caso o segurado, o estipulante ou a seguradora comunique seu desinteresse na continuidade do seguro, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.

12.4. Em cada renovação, será verificado pela seguradora o equilíbrio técnico atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas incidentes, que será comunicada ao estipulante, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias. A concordância do estipulante implicará a renovação da apólice com as novas taxas. Não havendo concordância, a apólice não será renovada, sendo encerrado o seguro no fim da vigência anteriormente pactuada.

12.5. Na renovação, qualquer alteração da apólice coletiva que implique ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo segurado.

13. Consequências de declarações incorretas

13.1. Se o estipulante, o segurado, seu representante legal ou a corretora de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, o segurado perderá o direito às coberturas, além de ficar obrigado ao pagamento do prêmio vencido, de acordo com a legislação em vigor.

13.1.1 Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do estipulante, do segurado, da corretora de

seguros ou do representante legal, 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 de indenização:

- a) cancelar o seguro, após o pagamento parcial 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(s) beneficiário(s), ou ainda 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.

13.2. Sem prejuízo de outras penalidades cabíveis, independentemente de notificação ou interpelação judicial, o segurado e seu(s) beneficiário(s) perderão o direito às coberturas do seguro contratado, ficando este anulado, sem que caibam quaisquer valores à parte infratora, nas seguintes situações:

- a) ocorrência de infrações ou fraudes praticadas pelo segurado, pelo(s) seu(s) beneficiário(s) ou pelo representante legal de um ou de outro, com o propósito de obter vantagem ilícita do seguro; e/ou
- b) descoberta, pela seguradora, de declarações inexatas graves ou omissões (especialmente na Proposta de Contratação, Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde), inclusive, mas não se limitando, quanto ao que dispõem sobre questões médicas preexistentes do segurado ou relacionadas ao histórico médico familiar dele, capazes de influir na aceitação ou precificação da proposta.

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

13.4. Se o estipulante, o segurado, seu representante legal ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, cabendo à seguradora a decisão de alterar ou não as condições do seguro para que se adequem as novas informações, podendo inclusive cancelar o seguro sem haver direito ao segurado quanto a indenização, além de estar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

13.5. O estipulante, o segurado, a corretora e os representantes legais são obrigados a comunicar à seguradora, logo que tomem conhecimento, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que tinham conhecimento de tal informação e não comunicaram à seguradora.

13.5.1. A seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravamento do risco, dará ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o contrato ou, mediante acordo entre as partes, restringir a(s) cobertura(s) contratada(s).

13.5.2. O cancelamento do contrato/certificado individual de seguro, na hipótese da cláusula 13.5, só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

13.5.3. Na hipótese de continuidade do contrato, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

13.6. O segurado perderá o direito a indenização e não fará jus a devolução de prêmios pagos se o sinistro decorrer de culpa grave ou dolo do segurado, má-fé, fraude, simulação e/ou decorra de ato ilícito doloso na forma da lei.

14. Capital segurado

14.1. O capital segurado representa o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela seguradora, a título de indenização, no caso de ocorrência de sinistro coberto, vigente na data do evento.

14.1.1. O tipo de capital escolhido pelo estipulante estará especificado na proposta de contratação, e o valor do capital segurado individual será estabelecido, por cobertura, no certificado individual de seguro, conforme proposto pelo segurado, respeitados os limites mínimo e máximo previamente estabelecidos pela seguradora.

14.1.2. No caso de seguro ser por adesão facultativa, o valor do capital segurado individual será estabelecido, por cobertura, no certificado individual de seguro, conforme proposto pelo segurado, respeitados os limites mínimo e máximo previamente estabelecidos pela seguradora.

14.2. Os capitais segurados do segurado dependente, em quaisquer coberturas, não podem ser superior ao do segurado titular.

14.3. A data do evento para determinar o capital segurado será determinada nas condições especiais do seguro.

15. Pagamento do prêmio

15.1. O custeio poderá ser contributivo ou não, dependendo da escolha do estipulante.

- a) contributivo, no caso em que os segurados pagam o prêmio, total ou parcialmente; ou
- b) não contributivo, no caso em que os segurados não pagam o prêmio, ficando o pagamento a cargo do estipulante.

15.2. Para garantir o direito à cobertura dos segurados, o estipulante deverá efetuar o pagamento ou repasse do prêmio do seguro até a data de vencimento e conforme estabelecido nas demais condições gerais do seguro, sob pena de cancelamento do seguro.

15.2.1. O prêmio poderá ser único ou periódico (conforme previsto na proposta, apólice / certificado individual).

15.3. O prêmio do seguro deverá ser pago conforme periodicidade prevista na proposta de contratação / adesão durante o período de vigência da apólice/certificado individual, podendo ser mensal ou anual

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

15.5. Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que ele tenha sido quitado, ele poderá ser pago até o 59º dia posterior ao vencimento da parcela em atraso. Será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido, com multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso.

15.5.1. Além da multa anteriormente citada, será acrescida ao valor do prêmio a atualização monetária, tendo como base a variação positiva acumulada do IPCA/IBGE, desde a data do vencimento da parcela em atraso até a data de seu efetivo pagamento, acrescida de juros de mora fixados em 1% a.m. (um por cento ao mês), em base pro rata temporis.

15.6. Decorrido o prazo definido na cláusula anterior, e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reabilitada. Nesse caso, não caberá qualquer restituição, pela seguradora dos prêmios anteriormente pagos.

15.7. A seguradora enviará comunicado, ao segurado/estipulante, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob pena de cancelamento do contrato ou do certificado individual, o qual será efetuado ainda que o estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funcionará apenas como um aviso de cancelamento.

15.8. Caso ocorra um sinistro no período de inadimplência e antes do cancelamento final do seguro, a seguradora

realizará o pagamento da indenização ao(s) beneficiário(s), com cobrança dos prêmios em atraso, multa e demais encargos aplicáveis.

15.9. Após 60 (sessenta) dias de atraso no pagamento de qualquer parcela dos prêmios devidos, o seguro será automaticamente cancelado, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

15.10. O pagamento de uma parcela posterior não quita as parcelas anteriores ainda não pagas.

15.11. A reabilitação da apólice ou do certificado individual, quando possível, ocorrerá na data em que a seguradora receber o comprovante de pagamento do valor devido pela reabilitação da apólice ou do certificado individual. Nesse caso, a seguradora responderá pelos sinistros ocorridos a partir de então.

15.12. O estipulante e os segurados obrigam-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que ela possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento dessa obrigação desobrigará a seguradora da expedição de tal correspondência.

15.13. É vedada ao estipulante a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação do segurado, ou o recolhimento a título de prêmio do seguro de qualquer valor além daquele fixado pela seguradora e a ela devido.

15.14. Caso o estipulante receba, qualquer outro valor com o prêmio, fica obrigado a destacar, no documento utilizado na cobrança ou no recolhimento, o valor do prêmio de cada segurado.

15.15. Salvo em caso de cancelamento do certificado individual de seguro, o estipulante, nos seguros contributários, só poderá interromper o desconto do valor do prêmio em folha mediante expressa solicitação do segurado, o qual assumirá a obrigação de pagamento do prêmio.

15.16. Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos devidamente atualizados de acordo com a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando pro rata temporis o período em que vigorou a cobertura, conforme a tabela de prazo curto especificada a seguir:

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o prêmio total da apólice

Fração a ser aplicada sobre a vigência original

13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

15.17. No caso de recebimento indevido de prêmio pela seguradora, os valores pagos serão devolvidos e ficam sujeitos à atualização monetária a partir da data de recebimento até a data de devolução, com base na variação positiva do índice IPCA/IBGE.

15.18. De acordo com as características do seguro, não estão previstos a devolução nem o resgate de prêmios ao segurado, ao(s) beneficiário(s) ou ao estipulante, pois se trata de regime de repartição simples.

15.19. Quando o pagamento do prêmio for efetivado por meio de consignação em folha, a ausência do repasse à sociedade seguradora dos prêmios recolhidos por consignante que não corresponda à figura de estipulante não poderá causar qualquer prejuízo aos segurados ou respectivos beneficiários no que se refere à cobertura e demais direitos oferecidos.

16. Recálculo do prêmio e reavaliação das taxas

16.1. Recálculo

16.1.1. Sempre que ocorrer, dentro da periodicidade definida no Contrato de Seguro, a alteração de idade do Segurado e consequentemente o seu deslocamento para outra faixa etária, a Seguradora ajustará à taxa para o reenquadramento previsto na Proposta, realizando a cobrança do novo prêmio a partir do mês de renovação da Apólice de seguro. A forma como os prêmios serão alterados constará na proposta de contratação e na proposta de adesão.

16.2. Reavaliação

16.2.1. As taxas poderão ser reavaliadas anualmente a critério da seguradora.

16.2.2. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e a modificação da apólice em vigor dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo, exceto para os contratos não contributários, cujo estipulante é responsável integralmente pelo pagamento do prêmio.

17. Carências

17.1. O prazo de carência corresponde ao período contado a partir da data de início de vigência da cobertura ou da sua reabilitação, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

17.2. Em caso de aceitação de grupo segurado de apólice migrada, não será reiniciada a contagem de prazo de carência para segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, em relação às coberturas e respectivos valores já contratados.

17.3. Quando aplicável, o prazo máximo de carência será de 2 (dois) anos. No entanto, o prazo de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência da apólice/certificado individual.

17.4. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais, exceto para o constante no item 4.2 de Riscos Excluídos.

17.5. Para as demais coberturas, quando aplicáveis, as carências estarão descritas nas condições especiais do seguro.

18. Franquias

18.1. Quando aplicáveis, as franquias estarão descritas nas propostas e nos documentos contratuais do seguro.

19. Cancelamento

19.1. A apólice poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias, desde que haja acordo prévio entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo estipulante, bem como haja anuência prévia dos segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

19.1.1. Nesse caso, do prêmio recebido, a seguradora reterá, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo

decorrido, na base pro rata temporis. Quando houver devolução de prêmio, ela será corrigida pelo índice IPCA/IBGE a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, (se tal solicitação ocorrer por iniciativa do segurado) ou a partir da data do efetivo cancelamento, (se ocorrer por iniciativa da seguradora).

Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura: respeitado o tempo de cobertura proporcional ao prêmio pago, o certificado individual de seguro será cancelado, e as coberturas do seguro cessarão imediatamente:

- a) se o segurado solicitar a sua exclusão da apólice, exceto para seguros compulsórios contratados de forma obrigatória por lei;
- b) ao final do prazo de vigência da apólice de seguro, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;
- c) se a apólice de seguro for cancelada durante a sua vigência, por acordo entre as partes;
- d) quando do pagamento da indenização de uma das coberturas contratadas que assim o preveja, conforme previsto nas condições especiais;
- e) por desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago;
- Nos casos de seguros que possuam entre o estipulante e segurado o vínculo empregado-empregador, a perda do vínculo será considerada como ocorrida na data em que houver o desligamento do quadro de colaboradores e após decurso do prazo de aviso prévio (ainda que indenizado), na forma da legislação aplicável.
- f) se o estipulante deixar de pagar qualquer parcela do prêmio no prazo estipulado no item 15.5;
- g) se o segurado agravar intencionalmente o risco;
- h) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos fraudarem ou tentarem fraudar, agirem com dolo ou simulação na contratação do seguro ou durante a sua vigência, para obter ou majorar os valores devidos pela seguradora;
- i) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos simularem um sinistro ou ainda agravarem as consequências para obter a indenização ou dificultar sua elucidação;
- j) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam ter influído na aceitação da proposta ou no valor do prêmio;
- k) se o estipulante deixar de repassar à seguradora os valores pagos pelos segurados, caso seja adotada a modalidade de seguro contributivo. Mesmo que os segurados possuam comprovantes desses pagamentos, tal fato constituirá motivo para o cancelamento do seguro, uma vez caracterizada a inadimplência, ficando o estipulante sujeito às penalidades legais e a eventuais ressarcimentos junto ao grupo segurado;
- l) quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado (quando possível) ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio, se cabível;
- m) com o encerramento das atividades do estipulante.

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

20. Procedimento em caso de sinistro

20.1. Ocorrido o sinistro, a seguradora deverá ser comunicada, por escrito pelo estipulante, pelo segurado ou pelo(s) beneficiário(s), logo que tome(m) conhecimento.

20.2. Quando previsto o pagamento da indenização de um evento coberto por este seguro, a ocorrência do sinistro bem como todas as circunstâncias a ele relacionadas deverão ser satisfatoriamente comprovadas.

20.2.1. A indenização será realizada em parcela única, salvo para as coberturas que preveem pagamento de prestações, cuja quantidade de parcelas estarão definidas nas condições especiais e/ou nos respectivos certificados individuais.

20.3. O segurado, por ocasião do acidente pessoal, deverá recorrer imediatamente, às suas custas, aos serviços de médicos legalmente habilitados, submetendo-se ao tratamento exigido para uma cura/recuperação completa.

20.4. Os documentos a seguir relacionados, em conjunto com os demais documentos obrigatórios constantes das condições especiais são os mínimos necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos pelo seguro e deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada e não estará obrigada ao pagamento da indenização quando houver recusa ou não apresentação:

a) segurado: formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante; cópia autenticada da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF, cópia da certidão de casamento atualizada e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo).

b) beneficiário: formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante; cópia autenticada da carteira de identidade (RG) ou outro documento de identificação, CPF (inclusive para menores de 14 anos), certidão de casamento atualizada (no caso de cônjuge), certidão de nascimento (no caso de filhos), documentos que comprovem a união estável (em caso de companheiro(a) e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo).

Observações:

1. Filho(s) ou beneficiário(s) com idade inferior a 16 (dezesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou no impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei.
2. Filho(s) ou beneficiário(s) com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou no impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei.
3. Para pessoas com idade inferior a 18 (dezoito) anos sem pai e mãe, a indenização será paga conforme o estabelecido na legislação vigente.
4. Na falta de indicação expressa de beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o pagamento da indenização ocorrerá de acordo com legislação em vigor. Nessa situação, além dos documentos indicados anteriormente, é necessário enviar a declaração de herdeiros conforme modelo fornecido pela seguradora.

20.5. As despesas efetuadas com a comprovação do evento e a obtenção dos documentos necessários correrão por conta do(s) solicitante(s), salvo as diretamente realizadas pela seguradora, por escolha desta.

20.6. A seguradora está autorizada, em caso de dúvida fundada e justificável, a tomar todas as providências necessárias à plena elucidação dos fatos, arcando com os custos correspondentes, para obter uma explicação completa sobre o evento ocorrido, podendo, inclusive, solicitar documentos que considerar necessários à comprovação do fato alegado, além daqueles descritos nos itens 20.4 e 20.5.

20.7. Estando de posse da documentação mínima completa solicitada no item 20.4, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para aceitar e efetuar o pagamento da indenização ou recusar o seu pagamento. Se, dentro do prazo mencionado, devido a dúvida fundada e justificável, a seguradora solicitar ao interessado na indenização outros documentos para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão e voltará a correr a partir do dia útil subsequente à chegada do último documento solicitado.

20.8. O não pagamento da indenização no prazo estabelecido no plano implicará a aplicação de juros de mora a partir dessa data, sem prejuízo de sua atualização, nos termos da legislação específica.

20.8.1. Qualquer pagamento de indenização feito após o prazo descrito no item 20.7 será efetuado no valor da indenização acrescido de multa total de 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez.

20.9. Além da multa anteriormente citada, será acrescida ao valor da indenização a atualização monetária pela variação positiva do IPCA/IBGE acumulada desde a data da ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, além de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, em base pro rata temporis.

20.9.1. A atualização será efetuada com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele índice publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

20.10. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios ocorrerá independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

20.11. Nos casos de cobertura internacional, em que haja reembolso de despesas efetuadas no exterior, os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros ficarão totalmente sob responsabilidade da seguradora. O ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

20.12. Em caso de tentativa do estipulante, do segurado, de seu(s) beneficiário(s) ou do representante legal de um ou de outro de impedir ou dificultar quaisquer exames ou diligências necessárias para resguardar os direitos da seguradora, o respectivo segurado ou beneficiário não fará jus ao recebimento da indenização ora prevista.

21. Perícia da seguradora

21.1. No caso de incapacidade, o segurado autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder a exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

21.2. Comprovada algum tipo de fraude pela perícia da seguradora, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

22. Junta médica

22.1. Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade/invalidez relacionada ao segurado, a sociedade seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.

22.2. A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela sociedade seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

22.4. 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.

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

22.6. Não serão aceitos como peritos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, seus parentes consanguíneos ou afins, ou pessoas que haja comprovação de conflito de interesse, ainda que aparente, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

22.7. Comprovado algum tipo de fraude e/ou questões de conflito de interesse entre o segurado e a composição da junta

médica, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

23. Reintegração de Cobertura

23.1. O capital segurado relativo a cada cobertura não será reintegrado após ocorrência de um evento coberto, salvo se discriminada a respectiva reintegração nas condições especiais.

24. Atualização dos valores do seguro

24.1. Os capitais segurados e os prêmios poderão ser atualizados anualmente, no aniversário do contrato, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.

24.2. As atualizações de capital segurado serão aplicadas para todos os segurados para os quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para o restante do grupo.

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

24.4. Para a hipótese de não ser possível seguir qualquer um dos procedimentos de atualização monetária previstos nestas condições gerais, em virtude da edição de lei ou medida governamental na área da economia que proíba ou altere os critérios de atualização monetária, o responsável pelo pagamento, o segurado, o(s) beneficiário(s), conforme o caso, e a seguradora ajustam as seguintes disposições, a serem adotadas com vistas a preservar o equilíbrio atuarial do seguro:

- a) se houver extinção do IPCA/IBGE, será imediatamente utilizado como índice substitutivo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE) ou, na falta deste, o índice que vier a ser autorizado pela Susep;
- b) cessará imediatamente a atualização monetária de todos os valores inerentes a este seguro, caso essa atualização venha a ser vedada; ou
- c) se houver proibição da utilização de indexadores, a atualização monetária prevista nesta cláusula será ajustada ao que a respeito deliberar o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente para dispor sobre a matéria.

25. Obrigações do estipulante

25.1. São obrigações mínimas do estipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, conforme estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou os avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) fornecer, no momento da adesão ao seguro, cópia das condições gerais do seguro, bem como, entregar os certificados individuais disponibilizados pela seguradora pelo acesso controlado ao ambiente repositório de todos os certificados emitidos;

- h) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações, materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
- i) comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, assim que dele tiver conhecimento, quando tal comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- j) dar ciência aos segurados dos procedimentos e 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 estabelecido;
- m) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante;
- n) entregar assim que receber da seguradora os certificados individuais aos segurados;
- o) excluir o segurado do seguro em caso de recebimento da indenização de IFPD;
- p) manter o seu cadastro permanentemente atualizado na seguradora;
- q) demais obrigações legal e regulamentarmente cabíveis.

25.2. Fica vedado ao estipulante e ao sub estipulante:

- I - cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade seguradora; e
- II - efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

26. Comunicações

26.1. As comunicações do segurado ou estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas na seguradora, podendo ser recepcionadas por meio eletrônico, nos canais oficiais disponibilizados pela seguradora, constantes de seu sítio institucional, na apólice e no certificado individual. As comunicações da seguradora são consideradas válidas quando dirigidas ao endereço, físico ou eletrônico que figure na proposta de contratação, proposta de adesão, apólice e/ou certificado individual de seguro.

26.2. As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado ou estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por estes.

27. Foro

27.1. Será competente para dirimir quaisquer pendências, questões judiciais entre o segurado ou o beneficiário e a seguradora ou dúvidas decorrentes da execução deste seguro o foro do domicílio do segurado ou do(s) beneficiário(s), conforme o caso. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto anteriormente.

28. Do sigilo e da confidencialidade

28.1. Dada a natureza da atividade das partes e do objeto deste seguro e porque assim se convencionou, a seguradora, o estipulante, os segurados, corretores, beneficiários e representantes legais obrigam-se, por si, seus profissionais e prepostos, a:

- a) manter absoluto sigilo sobre operações e informações sensíveis relacionadas, dados, dados pessoais, materiais, informações, documentos, especificações técnicas ou comerciais, inovações e aperfeiçoamento tecnológico ou comerciais da outra parte ou de seus clientes, inclusive quaisquer programas, rotinas ou arquivos a que eventualmente tenha ciência ou acesso, ou que lhe venha a ser confiado, em razão da contratação deste seguro;
- b) não usar, comercializar ou reproduzir as informações e documentos acima referidos ou deixar que estes cheguem ao conhecimento de terceiros;
- c) responder perante a outra parte e terceiros prejudicados, civil e criminalmente, por si, seus profissionais, contratados e/ou prepostos, pela eventual quebra de sigilo das informações que tenha acesso ou ciência, direta ou indiretamente, em virtude da contratação deste seguro; e
- d) não fazer qualquer menção ao nome da outra parte para fins de publicidade própria, bem como a não divulgar os termos destas condições gerais sem prévia e expressa autorização da outra parte.

29. Privacidade e proteção de dados

29.1. O estipulante e a Prudential do Brasil declaram que cumprem toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal nº 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto nº 8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema, comprometendo-se a tratar os dados pessoais coletados e tratados em decorrência da contratação do seguro previsto nesta proposta, somente para a viabilizar e executar o contrato de seguro, nos estritos limites e finalidades aqui previstos, e nos termos da legislação aplicável.

29.2. Todos os dados fornecidos pelo estipulante à Prudential do Brasil, como informações necessárias para análise e aceitação do risco, propostas de adesão e dados cadastrais dos segurados, deverão ser coletados e compartilhados em observância à Lei Federal nº 13.709/2018 e demais leis aplicáveis sobre o tema.

30. Cláusula de violação de leis ou normas de embargos ou sanções econômicas ou comerciais

30.1. Não obstante quaisquer outros termos previstos na Proposta de Contratação, Proposta de Adesão ou Condições Gerais e Especiais do Seguro, a Seguradora não fornecerá qualquer cobertura ou serviço, bem como não fará qualquer pagamento/reembolso ao segurado, beneficiário ou qualquer terceiro, na medida que a atividade do segurado, beneficiário ou terceiro viole qualquer lei ou norma de embargos ou sanções econômicas ou comerciais, aplicados por organismos nacionais ou internacionais (como, por exemplo: Programa de sanções administradas e publicadas pelo OFAC - Office of Foreign Assets Control, agência de inteligência ligada ao Departamento de Tesouro dos Estados Unidos - e; Resoluções do CSNU - Conselho de Segurança das Nações Unidas - ou as designações de seus comitês de sanções que determinem a indisponibilidade de ativos, de quaisquer valores, de titularidade direta ou indireta de pessoas naturais, de pessoas jurídicas ou de entidades, nos termos da Lei nº 13.810/2019). Nestes casos, ao haver a identificação de um segurado, beneficiário ou terceiro nestas condições, o contrato de seguro (incluindo a Apólice e Certificados Individuais) será automaticamente cancelado, sem direito a qualquer pagamento, indenização, reembolso, resgate ou devolução de prêmios pagos.

31. Disposições finais

31.1. O segurado deverá informar imediatamente à seguradora qualquer mudança de endereço ou alteração nos dados de conta bancária ou cartão de crédito para cobrança de prêmios.

31.2. Os prazos prescricionais são os determinados em lei.

31.3. Os tributos incidirão e serão recolhidos conforme legislação em vigor.

31.4. As condições contratuais deste seguro encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta de adesão e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br.

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

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

31.7. Qualquer pagamento ou devolução de valores realizados pela seguradora serão feitos por crédito em conta bancária, ou ordem de pagamento, sempre do titular do direito de seu recebimento, de acordo com os termos deste seguro.

31.8. Para os casos não previstos nestas condições gerais, serão aplicadas as legislações e a regulamentação que regulamentam os seguros no Brasil.

31.9. O segurado poderá registrar reclamações no site www.consumidor.gov.br.

32. Glossário de termos técnicos

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nas condições gerais e especiais, incluímos uma relação em ordem alfabética, com os principais termos técnicos empregados nas condições gerais.

ACIDENTE PESSOAL: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, a invalidez permanente total ou parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.

i. incluem-se nesse conceito:

a. os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

b. os acidentes decorrentes de escapamento accidental de gases e vapores;

c. os acidentes decorrentes de sequestros e tentativas de sequestros; e

d. os acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, ocasionados por evento externo, súbito e violento, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

ii. excluem-se desse conceito:

a. as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado por acidente coberto;

b. as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

c. as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas como: lesão por esforços repetitivos (LER), doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC), ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

d. as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido acima.

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

impossibilitado para a vida civil.

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

APÓLICE: documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

ATIVIDADE LABORATIVA: qualquer ação ou trabalho que gere renda ao segurado.

AUXÍLIO: ajuda por intermédio do recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

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

CAPITAL SEGUADO: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

CARDIOPATIA GRAVE: doença cardíaca assim classificada de acordo com os critérios do consenso nacional de cardiopatia grave.

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE SEGURO: documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

COBERTURAS: obrigações que a seguradora assume com o segurado quando ocorrer um evento coberto previsto nestas condições gerais e especiais.

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

COMPANHEIRO(A): pessoa com quem o segurado mantém união estável, ou seja, convivência pública, contínua e duradoura, com o objetivo de constituir família.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados, dos beneficiários e do estipulante.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: conjunto de disposições 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 com 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.

CONSUMPÇÃO: definhamento progressivo e lento do organismo humano causado por doença.

CONTRATO DE SEGURO: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

DADOS ANTROPOMÉTRICOS: para cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, trata-se do peso e da altura do segurado.

DECLARAÇÃO MÉDICA: documento elaborado na forma de relatório ou similar, no qual o médico assistente do segurado ou outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e os 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.

DOCUMENTOS CONTRATUAIS: a apólice, o certificado individual e o endosso de seguro.

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

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

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

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

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

DOENÇA PROFISSIONAL: doença cuja causa determinante é o exercício peculiar a alguma atividade profissional.

DOENÇAS, LESÕES E ACIDENTES PREEXISTENTES: sinais, sintomas e/ou as doenças, inclusive as congênitas, e as lesões decorrentes dos acidentes pessoais sofridos pelo segurado, antes de sua adesão à apólice, os quais, embora já fossem de seu conhecimento no momento de sua proposta de adesão, não foram nela declaradas.

DOLO: ato consciente pelo qual alguém induz outro a erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

ENCAMPAÇÃO: Considera-se encampação a substituição de apólice coletiva ao fim de sua vigência por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora.

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

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

ESTIPULANTE: a pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante as sociedades seguradoras, nos termos da legislação em vigor.

EVENTO COBERTO: acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas condições gerais e especiais.

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

FRANQUIA: período, em dias, contado a partir da data do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito ao recebimento da indenização. A franquia é deduzida por evento.

GRUPO SEGURÁVEL: conjunto de pessoas físicas vinculadas ao estipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.

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

HÍGIDO: saudável.

INÍCIO DA VIGÊNCIA: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD): perda da existência independente do segurado, caracterizada como a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autonômicas do segurado, comprovado na forma definida nas condições gerais e/ou especiais deste seguro, estando também englobados neste conceito os segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA: impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sob tratamento médico.

INDENIZAÇÃO: valor a ser pago pela seguradora ao(s) beneficiário(s) quando ocorrer um evento coberto, respeitados as condições e os limites contratados.

MÉDICO: profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que presta informações a respeito da saúde do segurado. Não será aceito como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a medicina.

MIGRAÇÃO: Considera-se migração a substituição de apólice coletiva por nova apólice emitida por outra sociedade seguradora em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

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

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

PRESCRIÇÃO: extingue o direito de uma pessoa de exigir de outra uma prestação (ação ou omissão), ou seja, provoca o fim da pretensão, quando não exercida no prazo definido por lei.

PROCEDIMENTO CIRÚRGICO INVASIVO: aqueles que invadem qualquer parte do corpo humano, que atingem órgãos internos.

PROGNÓSTICO: juízo médico com base no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, da evolução e do termo de uma doença.

PROPONENTE: interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

PROPOSTA: documento que formaliza o interesse do proponente em contratar, alterar ou renovar o seguro, abrangendo, no caso de contratação ou renovação de apólices coletivas, tanto a proposta de contratação formalizada pelo estipulante, como as propostas de adesão dos segurados individuais.

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

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

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

a prazo curto.

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

RECIDIVA: reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acontecimento.

REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA: incapacidade do organismo humano de responder positivamente ao tratamento instituído.

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

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

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

SEGURADO: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.

SEGURADORA: empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro.

SEGURO CONTRIBUTÁRIO: aquele no qual o segurado participa em parte ou na totalidade do pagamento do prêmio.

SEGURO NÃO CONTRIBUTÁRIO: aquele no qual o pagamento do prêmio é responsabilidade exclusiva do estipulante.

SENTIDO DE ORIENTAÇÃO: faculdade do indivíduo de se identificar, se relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio.

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

SINISTRO: a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

TRANSFERÊNCIA CORPORAL: capacidade do segurado de se deslocar de um local para o outro, sem qualquer auxílio. Entende-se por auxílio a ajuda humana e/ou a utilização de estruturas ou de equipamentos de apoio físico.

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

Condições Especiais

COBERTURA BÁSICA - MORTE

Estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura básica e o pagamento do prêmio correspondente garantem, ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado de Morte, se o segurado falecer, durante o período de vigência da apólice, por quaisquer causas, naturais ou acidentais. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas, a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções, etc.

3. Riscos excluídos

3.1. Estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das exclusões previstas na cláusula 4, 'Riscos excluídos', das condições gerais, bem como suas consequências diretas ou indiretas.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do segurado.

6. Cessaçã da cobertura

6.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessaçã da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais.

7. Solicitaçã de indenizaçã

7.1. Para solicitaçã da indenizaçã, a seguradora deverã ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenizaçã decorrente da presente cobertura serã efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidaçã de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverã ser encaminhados à seguradora, que poderã solicitar fotocópia autenticada:

- a) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;
- b) cópia autenticada da certidão de óbito;
- c) relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
- d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário;
- e) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada.
- f) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou outro documento hábil que comprove o salário.

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Os beneficiários estão em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de vida coletivo.

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL - MORTE ACIDENTAL

Estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado de Morte Acidental, em caso de morte decorrente de acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas, a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções, etc.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

a) acidente vascular cerebral.

b) doenças, quaisquer que sejam as causas, inclusive as profissionais, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível.

Estão, ainda, expressamente excluídos da cobertura, os acidentes ocorridos em consequência de:

a) participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo em prestação de serviço militar ou de atos da humanidade em auxílio a outrem;

b) competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos;

c) direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;

d) lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões desta apólice de seguro.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura é válida em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente que provocou a morte do segurado.

6. Cessação da cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura" e 18.3 "Cessação da cobertura para os segurados dependentes" das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:

- a) com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e venham a falecer em decorrência do acidente coberto.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;
- b) cópia autenticada da certidão de óbito;
- c) cópia do boletim de ocorrência policial completo, se houver registro;
- d) cópia do laudo de necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal (IML);
- e) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, emitido pelo IML em caso de acidente de trânsito; caso não tenha sido emitido, enviar declaração do órgão competente, informando o motivo da não emissão;
- f) cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT) pela empresa, em caso de acidente de trabalho;
- g) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- h) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;
- i) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
- j) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário;
- k) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário.

7.4. A indenização será paga ao(s) beneficiário(s) de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Os beneficiários estão em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de vida coletivo.

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA BÁSICA - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE PESSOAL

Estas condições especiais integram o seguro de Acidentes Pessoais Coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1 São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura básica e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento de indenização até o valor do capital segurado contratado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física causada por acidente pessoal coberto, ocorrido durante a vigência do seguro e que resulte em invalidez permanente total ou parcial do segurado, comprovada por declaração médica. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais, do contrato de seguro e do certificado individual de seguro.

Após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação e constatada e avaliada a invalidez permanente no momento da alta médica definitiva, a seguradora indenizará de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela descrita a seguir:

Invalidez permanente	Evento	%sobre a importância segurada
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Parcial- diversos	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
Parcial – diversos	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial – membros superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos 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 dedo respectivo
Parcial – membros inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um dos quadris	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	Indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo
	Encurtamento de um dos membros inferiores de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	de 4 (quatro) centímetros	10
	de 3 (três) centímetros	6
	Menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

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

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

Nos casos não especificados na tabela, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

Quando o mesmo acidente pessoal provocar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as respectivas porcentagens, cujo total não pode exceder 100% (cem por cento) do capital segurado para esta cobertura.

Havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder o percentual da indenização previsto para a perda total de tal membro ou órgão.

Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão que já apresentava problemas/perda em suas funções antes do acidente pessoal deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

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

Se, depois que a indenização por invalidez permanente total por acidente pessoal for paga, ocorrer a morte do segurado ou nova caracterização de invalidez em consequência do mesmo acidente, a importância já indenizada será deduzida da indenização a ser paga.

A invalidez permanente deve ser comprovada por meio de declaração médica apresentada à seguradora. Não será aceita a aposentadoria por invalidez concedida por instituição oficial de previdência ou assemelhados como caracterização por si só do estado de invalidez permanente.

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

Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor a constituição de junta médica, nos termos da cláusula 21, "Junta médica", das condições gerais da apólice.

O pagamento do capital referente a essa cobertura somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e consequente reconhecimento da invalidez pela seguradora.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções etc.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, "Riscos excluídos", das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

- a) **doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou lesão por esforço repetitivo (LER), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**
- b) **a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente;**
- c) **as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com eles, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER, DORT, LTC ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;**
- d) **as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal, definido nas condições gerais.**

Estão ainda expressamente excluídos desta cobertura os acidentes pessoais ocorridos em consequência de:

- a) **participação do segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio a outrem;**
- b) **competições ilegais, inclusive em veículos automotores, aeronaves ou veículos náuticos;**
- c) **direção de veículos automotores, aeronaves e veículos náuticos sem a devida habilitação legal;**
- d) **lesão intencionalmente autoinfligida ou qualquer outro tipo de atentado desse gênero, salvo se decorrente de suicídio, nos termos da legislação aplicável e respeitadas as exclusões das condições gerais, especiais e do contrato de seguro.**

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura será válida somente para o diagnóstico da invalidez em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido no contrato de seguro e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente pessoal coberto que provocou a invalidez permanente do segurado.

6. Cessação da cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessão de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:

a) com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que tenham se acidentado no decurso de sua vigência e venham a ficar permanente inválidos, como consequência direta do acidente pessoal coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta cobertura.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente desta cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir e observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autêntica:

a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado, ou, na impossibilidade de preenchimento dele, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;

b) cópia do boletim de ocorrência policial, quando houver registro;

c) cópia da comunicação de acidente de trabalho (CAT) em caso de acidente de trabalho;

d) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;

e) cópia do laudo de dosagem alcoólica e toxicológico, se realizados;

f) cópia da carteira nacional de habilitação (CNH) quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;

g) cópia do laudo da perícia técnica emitido pela autoridade policial, quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente;

h) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;

i) cópia dos 3 (três)  ltimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pr  -labore ou outro documento hábil que comprove o s  l  rio;

j) cópia do boletim hospitalar referente ao primeiro atendimento (data do acidente);

k) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

7.4. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiário

8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, "Beneficiários em caso de Morte Acidental", das condições gerais do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo.

9. Disposições gerais

Ratificam-se as demais condições do seguro de Acidentes Pessoais Coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL - INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

Estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a cobertura básica de Morte, mediante solicitação do segurado, em caso de sua invalidez funcional permanente e total por doença, em consequência de doença que cause a perda de sua existência independente. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

2.2. Para fins desta cobertura, considera-se perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônomas do segurado.

2.3. Considera-se como risco coberto 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 prognóstico evolutivo e terapêutico favorável, que não mais estejam inseridas em plano de tratamento direcionado à cura e ou ao controle clínico;
- c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) deficiência visual, decorrente de doença:
 - I. cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05% no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - II. baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05% no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - III. casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - IV. 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:

I. perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros;

II. perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés;

III. perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada a de um dos pés.

Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados por instrumento de avaliação de invalidez funcional (IAIF) (conforme modelo abaixo), atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro, a tabela de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estados conexos avalia, por meio de escalas, compreendendo 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (atributos).

Tabela de relações existenciais, condições médicas e estruturais e de estados conexos

Atributos	Escala	Pontos
Relações do segurado com o cotidiano	1º grau O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação, deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º grau O segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio para locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e/ou de cognição.	10
Relações do segurado com o cotidiano	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) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médio 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/	20

ou técnico.

Conectividade do segurado com a vida	1º grau	00
	O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar os dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos	
	2º grau	10
	O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; realizar atos de higiene e de asseio pessoal; manter as necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	
	3º grau	20
	O segurado necessita de auxílio para realizar 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.	

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 3º graus, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

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

O segundo documento, a “Tabela de dados antropométricos, fatores de risco e de morbidade”, valora cada uma das situações ali previstas.

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

Tabela de dados antropométricos, fatores de risco e de morbidade

Dados antropométricos, riscos interagentes e agravos mórbidos	Pontuação
A idade do segurado interfere na análise da morbidade do caso e ou há índice de massa corporal (IMC) superior a 40.	02
Há risco de sangramentos, rupturas e ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbidade do caso.	02
Existem mais de 2 (dois) fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.	04
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica.	08

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 do trabalho, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

Reconhecida a invalidez funcional permanente e total por doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único e **o segurado deverá ser excluído da apólice.**

Não estando comprovada a invalidez funcional permanente e total por doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das condições contratuais e, se houver, das condições especiais e do contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas, a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções, etc.

3. Riscos excluídos

3.1. Além das exclusões previstas na cláusula 4, 'Riscos excluídos', das condições gerais, estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das situações a seguir, bem como suas consequências diretas ou indiretas:

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 ou indiretamente, de lesão física e/ou psíquica causada por acidente pessoal;

b) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura será válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o evento causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da caracterização da invalidez permanente, indicada na declaração médica.

5.3. A data da invalidez será considerada por médico que esteja assistindo ao segurado, ou na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Cessação da cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes" das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda:

a) com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados cuja invalidez funcional permanente e total por doença tenha sido caracterizada na vigência da apólice, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nessa cobertura adicional;

b) com o pagamento da totalidade do capital segurado contratado para essa cobertura, devendo o segurado ser excluído imediatamente da apólice.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

- a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
- b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
- c) cópia da carta de concessão de aposentadoria concedida pelo INSS, caso esteja aposentado por esse motivo;
- d) declaração médica original contendo a data em que a doença foi diagnosticada e caracterizada como invalidez total;
- e) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
- f) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou de outro documento hábil que comprove o salário;
- g) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado.

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

Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e legitimação da invalidez funcional permanente e total por doença correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados ou providenciados pela seguradora.

As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

7.4. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, "Beneficiários em caso de morte", das condições gerais do seguro de vida coletivo.

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL - DOENÇAS GRAVES

Estas condições especiais integram o seguro de vida coletivo, prevalecendo sobre as normas contidas nas condições gerais que dispuserem em contrário.

1. Definições

1.1. São aplicáveis as mesmas definições do glossário de termos técnicos das condições gerais do seguro de vida coletivo. Para fins desta cobertura, são consideradas doenças graves:

- a) Câncer metastático:** designação genérica de tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células malignas no corpo humano e o aparecimento das mesmas em outros locais do organismo diferente do sítio primário;
- b) Infarto agudo do miocárdio (IAM):** advento repentino de morte de parte do músculo cardíaco, como resultado de suprimento inadequado de sangue. O diagnóstico deve ser baseado em uma história clínica de dor típica no peito, mudanças eletrocardiográficas compatíveis com IAM e elevação de enzimas específicas e a morte propriamente dita do músculo cardíaco, comprovada por exames ecocardiográficos;
- c) Acidente vascular cerebral (AVC) ou derrame:** distúrbio vascular cerebral que produz sequelas neurológicas, caracterizadas como definitivas, após 6 (seis) meses da data de ocorrência do mesmo. O acidente vascular cerebral deve ter sido identificado por meio de avaliação clínica-neurológica e exames por imagem;
- d) Falência renal ou insuficiência renal crônica:** doença renal em estágio terminal decorrente de qualquer causa, estando o segurado se submetendo a diálise peritoneal ou a hemodíálises regulares;
- e) Transplante de órgão vital:** recepção de transplante de coração, fígado, pâncreas ou medula óssea. O diagnóstico e a recomendação para o transplante terão que ser feitos, obrigatoriamente, por no mínimo dois especialistas reconhecidos pela seguradora;
- f) Perda de 80% ou mais de visão bilateralmente.**
- g) Doença de Alzheimer:** doença caracterizada por demência (problema de memória, perda de habilidades motoras: como vestir-se, cozinhar, dirigir carro, lidar com dinheiro, problemas de comportamento, confusão mental, agressividade e não reconhecimento dos próprios familiares).
- h) Esclerose múltipla:** doença neurológica cujo diagnóstico é comprovado por exame clínico-neurológico e exames subsidiários.
- i) Doença de Parkinson:** doença neurológica cujo diagnóstico é comprovado por exame clínico-neurológico e exames subsidiários.

2. Coberturas

2.1. A contratação desta cobertura adicional e o pagamento do prêmio correspondente garantem o pagamento do capital segurado contratado, em caso de diagnóstico de alguma das doenças definidas no item 1.2, ocorrido durante a vigência da apólice. Deverão ser observados os riscos excluídos e demais termos destas condições especiais, das condições gerais e do certificado individual de seguro.

O segurado deve comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento do diagnóstico de alguma das doenças definidas anteriormente, ocorrido durante a vigência da apólice.

Observação: a contratação desta cobertura deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas, a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem antisseleção de risco, tais como cargos, funções, etc.

3. Riscos excluídos

3.1. Serão considerados riscos excluídos os eventos decorrentes das causas descritas na cláusula 4, 'Riscos excluídos' das condições gerais deste seguro, ficando o segurado sem direito a qualquer pagamento e/ou devolução de valores.

4. Âmbito territorial da cobertura

4.1. Esta cobertura será concedida somente após o diagnóstico em território brasileiro.

5. Capital segurado

5.1. O capital segurado desta cobertura será estabelecido contratualmente e constará no certificado individual de seguro.

5.2. Para fins desta cobertura, considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado:

a) a data do diagnóstico médico consignado por médico que esteja assistindo ao segurado ou, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou ainda, estabelecida pela verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

6. Cessação da cobertura

6.1.   cobertura aplica-se o disposto nas cláusulas 18.2, "Cancelamento do certificado individual de seguro e cessão de cobertura", e 18.3, "Cessação da cobertura para os segurados dependentes", das condições gerais.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado dos documentos previstos no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir, observada a cláusula 19, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. Sem prejuízo de outros documentos que possam ser adicionalmente solicitados, os documentos a seguir relacionados podem ser necessários para análise e liquidação de sinistros cobertos por este seguro e, sendo solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autêntica:

- a) formulário de relatório médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;
- b) exames e seus respectivos laudos datados e assinados que comprovem a lesão. Deverão ser encaminhados os originais dos exames que contenham fotos ou imagens de raios X, os quais serão posteriormente devolvidos;
- c) cópia do prontuário médico em caso de internac  es hospitalares;
- d) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada;
- e) cópia dos 3 (três)  ltimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pr -labore ou de outro documento hábil que comprove o s l rio.

7.4. A indenização será paga ao próprio segurado de forma única e integral.

8. Beneficiários

8.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade de o segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 23.1, “Beneficiários em caso de morte”, das condições gerais do seguro de vida coletivo.

9. Disposições gerais

9.1. Ratificam-se as demais condições do seguro de vida coletivo que não foram alteradas por estas condições especiais.

Manual de Serviço da Assistência Funeral - Titular**1. Objetivo**

Prestação de serviços de assistência para o segurado titular do seguro, falecido(s) durante a vigência (período do seguro) do contrato, no Brasil, de acordo com os padrões contratados.

2. Elegibilidades:

- Funcionários, estagiários e sócios/diretores estatutários da empresa constante da Guia de Recolhimento do FGTS (GFIP) ou contrato/estatuto social, conforme o perfil contratado na apólice de seguros;
- O falecimento tenha decorrido de evento coberto pela apólice de seguro;
- A cobertura do seguro não esteja suspensa por motivo de atraso no pagamento do prêmio (valor pago pelo seguro).

3. Padrão de contratação:

TITULAR

4. Serviços:

Serão prestados os seguintes serviços, não ultrapassando o limite de contratado:

- Assessoria de um agente funerário;
- Locação de jazigo por até 3 (três) anos;
- Urna para o sepultamento;
- Traslado livre do corpo, em todo globo terrestre
- Preparação do corpo;
- Velório e paramentos (castiçais e velas que acompanham a urna);
- Registro do óbito;
- Sepultamento de membros até o limite de R\$ 1.500,00;
- Sepultamento ou cremação;
- Formalidades administrativas;
- 2 Coroas de flores;
- Manta mortuária
- Véu
- Ornamentação de urna;
- Locação de sala para velório;
- Mesa de condolências;
- Carro funerário;
- Placa com nome na lápide
- Passagem aérea, em classe econômica, 1 (um) membro da família (em caso de necessidade de reconhecimento do corpo)

5. Âmbito Geográfico:

- Prestação da assistência em todo o território nacional
- Traslado para o município de residência do segurado

6. Não haverá prestação do serviço:

1. Quando houver a perda do vínculo empregatício do segurado com o estipulante;
2. Quando a cobertura do seguro estiver suspensa por motivo de atraso no pagamento do prêmio (valor pago pelo

- seguro);
3. Quando a cobertura do seguro estiver suspensa por motivo de cancelamento da apólice;
 4. Quando a apólice tenha chegado ao fim de vigência, sem que haja a renovação;
 5. Atuação nas localidades onde a legislação não permitir que o serviço de assistência funeral, intervenha;
 6. A exumação dos corpos que estiverem no jazigo quando do sepultamento.

7. Como acionar o serviço:

Os serviços de Assistência Funeral devem ser acionados pelos telefones:

Central de Atendimento

0800 730 0011*
(24 horas)

0800 730 0013
(deficiência auditiva ou de fala, 24h)

8. Como solicitar e reembolso das despesas:

Entrar em contato com a Central de Atendimento através do 0800 730 0011 – Opção 1, será encaminhado um SMS com um link de acesso a um formulário de abertura do processo de análise.

O formulário deverá ser preenchido com todos os dados do segurado e os documentos deverão ser anexos, que são:

- Certidão de óbito;
- Documento de identificação do segurado titular;
- Documento de identificação do sinistrado;
- Documento de identificação do tomador da nota;
- Documento de comprovação de vínculo familiar;
- Notas fiscais;
- Dados bancários do tomador da nota;
- Telefone e e-mail para contato.

Atenção:

- Após o recebimento da documentação completa, o prazo para a análise é de até 9 dias úteis;
- Não haverá reembolso para Traslado.

9. Importante:

1. A seguradora se reserva o direito de solicitar, a qualquer momento, a comprovação de vínculo empregatício, ou qualquer outro documento que julgue necessário;
2. Despesas superiores ao limite contratual, serão de responsabilidade do responsável ou representante do segurado;
3. A seguradora se encarregará do traslado do corpo até o local de sepultamento/cremação, dentro do município de residência do segurado.

10. Comunicação:

SAC – Serviço de Atendimento ao Cliente

0800 730 0012 - Atendimento 24 horas

0800 730 0013 – Para pessoas com deficiência de audição ou fala (24 hs)

Ouvidoria Prudential Vida em Grupo

0800 200 1020 – De segunda a sexta-feira, das 8h30 às 17h30 (exceto feriados)

Acesse: www.prudential.com.br

Assistência Funeral

0800 730 0011 – Atendimento 24 horas

(+55 11) 2871-5034 – Atendimento 24 horas no exterior