

MANUAL DO SEGURADO

VIDA DE EMPREGADOS

ABRIL / 2020

Este manual é válido para contratos com início de vigência a partir de 01/04/2020



PARABÉNS,

Você acaba de adquirir tranquilidade e proteção para o seu funcionário. Com a cobertura de Vida de Empregados do SulAmérica Condomínio, você conta com toda experiência, solidez e agilidade de uma seguradora com mais de 120 anos no mercado.

Neste manual você encontrará todas as informações sobre as coberturas, serviços e benefícios que o seguro oferece. Por isso, é muito importante que você leia com atenção.

Confira em sua apólice os dados do seu imóvel e as condições contratadas, havendo qualquer divergência entre em contato com seu corretor de seguros.

Colocamos à sua disposição uma equipe especializada através dos telefones:

CENTRAL ASSISTÊNCIA 24H

4090 1012 (Capitais e Regiões Metropolitanas)

0800 777 1012 (Demais regiões)

CENTRAL DE SERVIÇOS (AVISO DE SINISTRO E DEMAIS SERVIÇOS)

4004 4100 (Capitais e Regiões Metropolitanas)

0800 727 4100 (Demais Regiões)

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE - SAC

0800 725 0504

0800 702 2242 (Exclusivo para portadores de limitação auditiva e de fala)

OUIDORIA

0800 725 3374

Você ainda poderá consultar mais informações em nosso site:

WWW.SULAMERICA.COM.BR

Tenha certeza de que a sua satisfação e confiança são fundamentais para nós.

Obrigado por escolher o SulAmérica Condomínio.

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| 1. DAS CARACTERÍSTICAS | 5 |
| 2. OBJETIVO DO SEGURO | 5 |
| 3. ESTRUTURA DO CONTRATO DE SEGUROS | 5 |
| 4. INFORMAÇÕES LEGAIS | 5 |
| 5. DEFINIÇÕES | 5 |
| 6. COBERTURAS DO SEGURO | 9 |
| 6.1. Coberturas básicas e adicionais | 10 |
| 6.2. Coberturas contratadas | 10 |
| 6.3. Morte | 10 |
| 6.4. Funeral | 10 |
| 6.5. Invalidez Permanente, Total ou Parcial, Decorrente de Acidente - IPA | 13 |
| 6.6. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPD | 14 |
| 6.7. Complementação Salarial | 16 |
| 7. INFORMAÇÕES ADICIONAIS | 17 |
| 8. RISCOS EXCLUÍDOS NO SEGURO DE PESSOAS | 17 |
| 9. ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO E RENOVAÇÃO DO SEGURO | 19 |
| 10. INÍCIO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO DE SEGURO OU DE SUA ALTERAÇÃO | 20 |
| 11. ENDOSSOS | 20 |
| 12. RENOVAÇÃO DO SEGURO | 21 |
| 13. CARÊNCIA | 21 |
| 14. CAPITAL SEGURADO | 22 |
| 15. QUANDO O SEGURADO PERDE SEUS DIREITOS | 23 |
| 16. PAGAMENTO DO PRÊMIO | 24 |
| 17. RECISÃO E CANCELAMENTO DO CONTRATO DE SEGURO | 25 |
| 18. ATUALIZAÇÃO DE VALORES CONTRATADOS E ENCARGOS MORATÓRIOS | 26 |
| 19. CESSÃO DE DIREITOS | 26 |
| 20. ÂMBITO GEOGRÁFICO | 26 |
| 21. FORO | 27 |
| 22. PRESCRIÇÃO | 27 |
| 23. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO | 27 |
| 24. DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NO CASO DE SINISTRO | 27 |
| 25. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO | 33 |
| 26. REINTEGRAÇÃO DE COBERTURAS | 33 |
| 27. DOS BENEFICIÁRIOS | 34 |

| | |
|--|-----------|
| 28. DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES | 34 |
| ANEXO I - TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE | 35 |
| ANEXO II - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF - TABELA DE RELAÇÕES EXISTÊNCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAS E DE ESTADOS CONEXOS..... | 38 |
| TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E MORBIDADE | 39 |

1. DAS CARACTERÍSTICAS

1.1. A Sul América Seguros de Automóveis e Massificados S.A., CNPJ nº 32.357.481/0001-83, institui o presente Plano de Seguro, estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, na modalidade de Benefício Definido, descrito nestas Condições Gerais e devidamente registrado na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, sob o Processo nº 15414.000542/2009-34.

1.2. Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite a concessão de resgate, saldamento, seguro prolongado ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período de cobertura.

2. OBJETIVO DO SEGURO

Este plano de seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização (Capital Segurado) ao próprio Segurado ou aos seus Beneficiários, na ocorrência dos seguintes eventos com o Segurado: Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, Funeral e Complementação Salarial, EXCETO SE DECORRENTE DE RISCO EXCLUÍDO E DESDE QUE RESPEITADAS ESTAS CONDIÇÕES GERAIS.

3. ESTRUTURA DO CONTRATO DE SEGUROS

3.1. Este contrato de seguro recebe o nome de Condições Gerais, fazendo parte integrante e inseparável da apólice.

4. INFORMAÇÕES LEGAIS

4.1. O Seguro é comercializado pela Sul América Seguros de Automóveis e Massificados S.A., CNPJ 32.357.481/0001-83.

4.2. Esse seguro está registrado na SUSEP pelo número 15414.000542/2009-34.

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

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

5. DEFINIÇÕES

ACEITAÇÃO DO RISCO: ato de aprovação pela Seguradora de proposta de seguro efetuada pelo Proponente para cobertura de seguro de determinado(s) risco(s), após análise do risco.

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

do Segurado, observando-se que:

A) Incluem-se no conceito:

A.1) O suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de Indenização, a Acidente Pessoal, observada a legislação em vigor;

A.2) Os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

A.3) acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores; a.4) acidentes decorrentes de sequestro e tentativas de sequestros; e

A.5) acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

B) NÃO SE INCLUEM NO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL:

B.1) AS DOENÇAS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, SEPTICEMIAS E EMBOLIAS RESULTANTES DE FERIMENTO VISÍVEL CAUSADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;

B.2) AS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;

B.3) AS LESÕES DECORRENTES, DEPENDENTES, PREDISPOSTAS OU FACILITADAS POR ESFORÇOS REPETITIVOS OU MICROTRAUMAS CUMULATIVOS, OU QUE TENHAM RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO COM OS MESMOS, ASSIM COMO AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, DOENÇAS OSTEO-MUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, LESÃO POR TRAUMA CONTINUADO OU CONTÍNUO – LTC, OU SIMILARES, QUE VENHAM A SER ACEITAS PELA CLASSE MÉDICO-CIENTÍFICA, BEM COMO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS PÓS-TRATAMENTO, INCLUSIVE CIRÚRGICOS, EM QUALQUER TEMPO; E

B.4) 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.

Agravamento do Risco: circunstâncias que aumentam a intensidade ou a probabilidade da ocorrência do risco assumido pela Seguradora, independente ou não da vontade do Segurado.

APÓLICE: É o instrumento do contrato de seguro pelo qual o Segurado repassa à Seguradora a responsabilidade sobre os riscos, estabelecidos na mesma, que possam advir.

ATO DOLOSO: Ato praticado com emprego de artifício, engano ou manejo astucioso promovido por uma pessoa, com a intenção de induzir outrem a prática de um ato jurídico, em prejuízo deste e proveito próprio ou de outrem, ou seja, é um ato de má fé, fraudulento, visando a prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro.

ATO ILÍCITO: toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

AVISO DE SINISTRO: É a comunicação da ocorrência de um sinistro que o Segurado, assim que tome conhecimento dele, é obrigado a fazer a Seguradora. A omissão injustificada anula o contrato, se a Seguradora provar que, oportunamente avisada, lhe poderia ter sido possível evitar ou atenuar as consequências do sinistro.

BENEFICIÁRIO: É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

BOA-FÉ: no contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que têm o Segurado e a Seguradora, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios, e convictos de que agem em conformidade com a lei.

CANCELAMENTO: dissolução antecipada do contrato de seguro.

CAPITAL SEGURADO: É o valor máximo a ser pago pela Sociedade Seguradora, na ocorrência do sinistro.

CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL: resultado da divisão do Capital Segurado Global em partes iguais entre todos os Segurados constantes da GFIP (Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social) e/ou do Contrato Social, no mês de ocorrência do sinistro, que será utilizado como parâmetro para pagamento da indenização.

CARREGAMENTO: importância destinada a atender os custos administrativos e de comercialização da Apólice.

COBERTURA: Eventos nos quais a Seguradora é responsável em cada garantia, de acordo com o valor contratado para cada uma destas.

CONDIÇÕES GERAIS: conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem as obrigações e os direitos do Estipulante, do Segurado, dos Beneficiários e da Seguradora.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de garantias relacionadas ao seguro contratado.

CORRETOR DE SEGUROS: Pessoa física ou jurídica devidamente habilitada e registrada na SUSEP para intermediar e promover a realização de contratos de seguro entre os Segurados e as Seguradoras.

DANO: É todo o prejuízo pessoal sofrido por um Segurado, passível de indenização, de acordo com as condições de cobertura de uma apólice de seguro.

DOENÇA PREEXISTENTE: Doença de conhecimento do segurado e não declarada na proposta de contratação ou adesão.

DOLO: É espécie de artifício, engano ou manejo astucioso promovido por uma pessoa, com a intenção de induzir outrem a prática de um ato jurídico, em prejuízo deste e proveito próprio ou de outrem, ou seja, é um ato de má fé, fraudulento, visando a prejuízo preconcebido, quer físico ou financeiro.

ENDOSSO: É o documento anexado à apólice e expedido pela Seguradora, durante a vigência da apólice, pelo qual esta e o Segurado acordam quanto a alteração de dados, modificam condições ou objetos da apólice ou o transferem a outrem. Uma vez anexado, o endosso toma precedência sobre as condições originais da apólice.

ESPECIFICAÇÃO DA APÓLICE: documento que faz parte integrante da apólice, no qual estão particularizadas as características do seguro contratado.

ESTIPULANTE: pessoa física ou jurídica que contrata Apólice, em favor de grupo que a ela previamente se vincule, ficando investida dos poderes de representação deste grupo nos termos da legislação e regulamentação em vigor.

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

GARANTIA: É a designação genérica utilizada para indicar as responsabilidades pelos riscos assumidos por um Segurador. É também empregada como sinônimo de cobertura.

GRUPO SEGURADO: pessoas físicas pertencentes ao Grupo Segurável aceitas pela Seguradora e incluídas na Apólice.

GRUPO SEGURÁVEL: pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que preenchem os requisitos mencionados no Contrato para aderir à Apólice.

INDENIZAÇÃO: valor a ser pago ao(s) Beneficiário(s), quando da ocorrência do Sinistro, não podendo ultrapassar, em hipótese alguma, o Capital Máximo Segurado da Cobertura contratada e o Capital Máximo Segurado da apólice.

INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA: É aquela, conseqüente de doença, que cause a perda da existência independente do Segurado, tal 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 do seguro.

INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA: É aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.

INVALIDEZ PERMANENTE: Perda total ou parcial de um ou mais membros ou da sua capacidade funcional por acidente ou doença.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO: Processo de pagamento de indenização, ao Segurado ou a seus beneficiários.

OBJETO DO SEGURO: Designação genérica dada a todo interesse que se quer segurar, seja esta uma pessoa, uma responsabilidade, uma obrigação ou uma garantia.

PRAZO CURTO: Tabela expressa em quantidade de dias, utilizada para o cálculo de devolução de prêmio ou cobrança de prêmio adicional, levando em consideração o tempo a decorrer até o término do seguro. As condições do prazo curto implicam em um prêmio proporcionalmente maior que o Pró-rata-Témporis.

PRÊMIO: É a importância paga pelo Segurado, ou pelo estipulante, à Seguradora em troca da transferência do risco a que ele está exposto.

PRO-RATA-TEMPORIS: É um método de calcular-se o prêmio de seguro com base nos dias de vigência do contrato quando este for realizado por período inferior a um ano e sempre que não cabível o cálculo do prêmio a prazo curto.

PROPONENTE: Pessoa que pretende fazer um seguro e que já firmou, para esse fim, a proposta.

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO: documento assinado pelo estipulante com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco em que pessoa física ou jurídica expressa a intenção de contratar a Apólice para grupo que a ela se vincule, vindo a se tornar Estipulante.

REGULAÇÃO DE SINISTRO: Na ocorrência de sinistro é o exame, das suas causas e circunstâncias a fim de se caracterizar o risco ocorrido e, em face dessas verificações, se concluir sobre a sua cobertura, bem como se o Segurado cumpriu todas as suas obrigações legais e contratuais.

RENOVAÇÃO: É o restabelecimento ou a continuidade da cobertura de um seguro, geralmente por meio de emissão de nova apólice ou endosso, nas mesmas condições que vigoravam anteriormente ou sob novas condições e, neste último caso, sempre que tenha ocorrido mutações no objeto do seguro, no interesse do Segurado ou nas bases tarifárias do seguro.

RESTITUIÇÃO DE PRÊMIO: É a obrigação imposta a Seguradora de restituir ao Segurado o excesso de prêmio pago, se houver, quando o valor do seguro exceder o valor segurado, ou quando do cancelamento da apólice, por mútuo consentimento.

RISCO: É o evento incerto ou de data incerta, independente da vontade das partes contratantes, contra qual é feito o seguro. Sem risco não pode haver contrato de seguro.

SEGURADO: É a pessoa física ou jurídica perante a qual a Seguradora assume a responsabilidade de indenizar os riscos previstos no contrato de seguro, realizado em benefício próprio ou de terceiros.

SEGURADORA: É uma pessoa jurídica devidamente registrada e autorizada pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados para exercer esta atividade, que tem a função de gerir fundos e indenizar prejuízos involuntários verificados no patrimônio de outrem, ou eventos aleatórios que não trazem necessariamente prejuízos, mediante recebimento de prêmio.

SINISTRO: Ocorrência de acontecimento previsto no contrato de seguro e que, legalmente, obriga a Segurador a indenizar.

SUB-ROGAÇÃO: É o direito que a lei confere à Seguradora, que pagou a indenização ao Segurado, de assumir seus direitos contra os terceiros responsáveis pelos prejuízos.

VIGÊNCIA DO SEGURO: É o período de tempo fixado para validade do seguro (ou cobertura).

6. COBERTURAS DO SEGURO

6.1 As coberturas básicas e adicional de complementação salarial não poderão ser contratadas isoladamente.

COBERTURAS BÁSICAS

6.1.1. Morte

6.1.2. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

6.1.3. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

6.1.4. Funeral

COBERTURA ADICIONAL

6.1.5. Complementação Salarial

6.2. As coberturas contratadas serão de acordo com a opção feita pelo Estipulante e/ou Subestipulante na Proposta de Contratação e ratificadas na Apólice do Seguro.

6.3. MORTE

O QUE ESTÁ COBERTO

São assistidos por esta garantia, os empregados registrados no Condomínio Segurado, em plena atividade de trabalho durante o período de vigência deste seguro.

Este plano de seguro cobre a morte natural ou acidental do Segurado durante a Vigência do Certificado Individual e garante o pagamento de uma Indenização no valor do Capital Segurado aos Beneficiários.

Em caso de morte decorrente de acidente pessoal, será paga indenização adicional de valor igual ao do Capital Segurado contratado.

PARA OS SEGURADOS MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS AS COBERTURAS DE MORTE OU MORTE ACIDENTAL DESTINAM-SE AO REEMBOLSO DAS DESPESAS COM O SEU FUNERAL, LIMITADO AO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO.

O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

ESTA COBERTURA DE SEGURO NÃO COBRIRÁ A MORTE DO SEGURADO SE ESTA FOR DECORRENTE DOS EVENTOS MENCIONADOS NOS ITENS RELATIVOS AOS RISCOS EXCLUÍDOS E À PERDA DOS DIREITOS.

6.4. FUNERAL

O QUE ESTÁ COBERTO

Para contratação desta garantia, deverá ser indicado o número de funcionários registrados. O prêmio será cobrado em função da quantidade indicada.

Desde que contratado, garante o reembolso das despesas à pessoa que arcou com os custos do funeral do Segurado, limitado ao valor de R\$ 1.040,00 (um mil e quarenta reais) e desde que a

morte natural ou acidental tenha ocorrido durante a vigência da apólice, EXCETO SE DECORRENTE DE RISCOS EXCLUÍDOS E À PERDA DE DIREITOS.

De forma alternativa ao reembolso das despesas, os Beneficiários poderão optar pelo serviço de Assistência Funeral, que não será prestado diretamente pela Seguradora, mas por empresa especializada na execução dessa atividade.

Para a realização do reembolso, as despesas devem ser comprovadas mediante a apresentação das notas fiscais originais com a descrição do serviço e/ou objeto.

SERVIÇOS OFERECIDOS POR ESTA GARANTIA:

– Urna modelo standard, com ou sem visor, alça varão, forrada preferencialmente com Kami, Façonê, TNT ou Samilon. Em madeira e eucatex, modelos de referência: Bresciani 1901, Réquiem 120, Busquet, Godoy Santos 12 ou similares, de acordo com a disponibilidade da funerária contratada para prestação do serviço, limitada ao valor de R\$610,00.

– Ornamentação com arranjo simples de flores naturais da época para ornamentação interna, véu simples rendado, 2 (dois) castiçais com velas ou lâmpadas, 1 (uma) coroa simples de flores naturais da época e banqueta para suporte da urna.

– Sala para velório. A Assistência 24 Horas assumirá o custo da sala velatória ou capela somente em Cemitério Público Municipal no qual será realizado o funeral.

– Acompanhamento Social. Será designado um acompanhante para providenciar e acompanhar os serviços referentes ao funeral.

– Tratamento do corpo. Higienização, Tamponamento ou Formolização, conforme a necessidade.

Nos casos de traslado aéreo ou longas distâncias terrestres ou quando sepultamento ocorrer 36 (trinta e seis) horas após o óbito, será providenciado o embalsamamento ou a Tanatopraxia.

– Sepultamento. Será providenciada a taxa de sepultamento e locação de sepultura por um período de 3 (três) anos em cemitério Público Municipal na cidade de domicílio do Segurado. Quando a família não possuir jazigo ou carneiro a compra de jazigo ou carneiro fica por conta da família. Não havendo Cemitério Público Municipal na cidade de domicílio do Segurado, o sepultamento poderá ser providenciado em cidades vizinhas, que possuam tal estabelecimento, localizadas em um raio de até 100 km.

– Cremação. Caso a família opte por cremação do corpo, o mesmo poderá ser realizado desde que haja serviço de cremação público na cidade de domicílio e desde que sejam atendidas as exigências da lei. As cinzas serão colocadas em caixas simples, após a incineração e fornecidas à família. Não havendo Crematório Público Municipal na cidade de domicílio do Segurado, o serviço poderá ser providenciado em cidades vizinhas, que possuam tal estabelecimento, localizadas em um raio de até 100 km.

– Traslado do corpo no caso de falecimento em cidade diferente da residência, será providenciado o traslado do corpo, no Brasil ou no Exterior, pelo meio de transporte mais adequado (veículo funerário ou avião de linha regular) até a cidade de residência do Assistido.

– Condolências, será colocado à disposição Folha/Livro de Presença.

– Registro de Óbito, será providenciado o registro de óbito em cartório, desde que permitido pela

legislação local.

- Carro Funerário, será fornecido um veículo fúnebre para cortejo (limitado a 100km).
- Transmissão de Mensagens Urgentes, a Assistência 24 horas prestará à família auxílio nas mensagens urgentes relacionadas ao evento.

O QUE NÃO ESTÁ COBERTO SERVIÇOS NÃO COBERTOS

- **DESPEAS DECORRENTES DE CONFECÇÃO, MANUTENÇÃO E/OU RECUPERAÇÃO DE JAZIGOS;**
- **EXUMAÇÃO DE CORPOS QUE ESTIVEREM NO JAZIGO QUANDO DO SEPULTAMENTO;**
- **SEPULTAMENTO DE MEMBROS;**
- **CONFECÇÃO DE LÁPIDE;**
- **AQUISIÇÃO DE SEPULTURA, JAZIGO, TERRENO; COVA, CARNEIRO (GAVETA NOS CEMITÉRIOS ONDE SE ENTERRAM OS CADÁVERES), ETC.**
- **PAGAMENTO DE TAXAS DE SEPULTAMENTO E SALA VELATÓRIA EM CEMITÉRIO PARTICULAR.**

SITUAÇÕES QUE ISENTAM A SEGURADORA DA RESPONSABILIDADE DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS:

- **QUANDO A CIDADE DE SEPULTAMENTO E/OU CEMITÉRIO ESCOLHIDO PELA FAMÍLIA NÃO TIVER INFRAESTRUTURA**

PARA PROCEDER AO SEPULTAMENTO DE ACORDO COM O PADRÃO CONTRATADO.

- **NOS CASOS EM QUE O REGISTRO DO SEGURADO NÃO FOR ENVIADO PELO ESTIPULANTE PARA INSERÇÃO NO BANCO DE DADOS DA ASSISTÊNCIA 24 HORAS**

CESSAÇÃO DA COBERTURA

A COBERTURA CESSA NO FINAL DO PRAZO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, OBSERVANDO-SE, EM QUALQUER CASO, QUE DÁ-SE AUTOMATICAMENTE A CADUCIDADE DO SEGURO, FICANDO A SEGURADORA ISENTA DE QUALQUER RESPONSABILIDADE, SE O SEGURADO, SEUS PREPOSTOS OU SEUS BENEFICIÁRIOS AGIREM COM DOLO, FRAUDE, SIMULAÇÃO OU CULPA GRAVE NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO.

A COBERTURA CESSARÁ PARA OS ASSISTIDOS QUANDO OCORRER:

- A) PERDA DO VÍNCULO COM O SEGURADO; B) CANCELAMENTO DA APÓLICE; E**
- C) PARA OS CÔNJUGES, COM O TÉRMINO DO VÍNCULO CONJUGAL.**

ACIONAMENTO IMEDIATAMENTE APÓS O ÓBITO, O FATO DEVERÁ SER COMUNICADO À CENTRAL DE ATENDIMENTO 24HORAS, PELOS TELEFONES 4004 4100 (CAPITAIS E ÁREAS METROPOLITANAS) E 0800727 4100 (DEMAIS REGIÕES) NO BRASIL OU (21) 3972 5100 NO EXTERIOR, INFORMANDO OS SEGUINTE DADOS: NOME COMPLETO DO SEGURADO, CNPJ DO SEGURADO, MUNICÍPIO DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO, LOCAL ONDE SE ENCONTRA O CORPO E LOCAL DO SEPULTAMENTO. CASO O FALECIDO NÃO SEJA O TITULAR, É NECESSÁRIA A APRESENTAÇÃO DOS SEGUINTE DOCUMENTOS, ALÉM DOS CITADOS ANTERIORMENTE:

COMPROVAÇÃO DO GRAU DE PARENTESCO DO FALECIDO COM O TITULAR DO SEGURO (CERTIDÃO DE CASAMENTO PARA CÔNJUGE, CERTIDÃO DE NASCIMENTO PARA OS FILHOS, ETC.) E COMPROVAÇÃO DE QUE O FALECIDO RESIDIA COM O TITULAR.

6.5. INVALIDEZ PERMANENTE, TOTAL OU PARCIAL, DECORRENTE DE ACIDENTE - IPA

São assistidos por esta garantia, os empregados registrados no Condomínio Segurado, em plena atividade de trabalho durante o período de vigência deste seguro.

Este plano de seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização ao próprio Segurado durante a Vigência do Certificado Individual, em decorrência da invalidez permanente por acidente, 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, ocorrida durante a Vigência do Certificado Individual de cada Segurado, nos expressos termos destas Condições Gerais e, garante o pagamento de uma Indenização no valor do Capital Segurado.

A invalidez somente será considerada permanente quando, após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva.

Considera-se invalidez permanente, total ou parcial, os casos relacionados na Tabela do Anexo I, para Cálculo de Indenização em caso de Invalidez Permanente desde que provocados por acidente.

QUANDO DO MESMO ACIDENTE RESULTAR INVALIDEZ DE MAIS DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO, A INDENIZAÇÃO DEVE SER CALCULADA SOMANDO-SE AS PERCENTAGENS RESPECTIVAS, CUJO TOTAL NÃO PODE EXCEDER A 100% (CEM POR CENTO).

A Indenização será calculada com base nas hipóteses e graus estabelecidos na tabela constante no Anexo I

Nos casos não especificados na referida tabela, a indenização por invalidez será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, não sendo considerada para tanto a sua atividade profissional

NÃO FICANDO ABOLIDAS POR COMPLETO AS FUNÇÕES DO MEMBRO OU ÓRGÃO LESADO, A INDENIZAÇÃO POR PERDA PARCIAL SERÁ CALCULADA PELA APLICAÇÃO, À PERCENTAGEM PREVISTA NA TABELA PARA SUA PERDA TOTAL DO GRAU DE REDUÇÃO FUNCIONAL APRESENTADO.

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

HAVENDO DUAS OU MAIS LESÕES EM UM MESMO MEMBRO OU ÓRGÃO, A SOMA DAS PORCENTAGENS CORRESPONDENTES NÃO PODERÁ EXCEDER À DA INDENIZAÇÃO PREVISTA PARA SUA PERDA TOTAL.

PARA EFEITO DE INDENIZAÇÃO, A PERDA OU MAIOR REDUÇÃO FUNCIONAL DE UM MEMBRO OU ÓRGÃO JÁ DEFEITUOSO ANTES DO ACIDENTE, DEVE SER DEDUZIDA DO GRAU DE INVALIDEZ DEFINITIVA.

Em caso de invalidez parcial o Capital Segurado será reintegrado automaticamente, após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

DESDE QUE EFETIVAMENTE COMPROVADA A INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE, O PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO EXTINGUE, IMEDIATA E AUTOMATICAMENTE, ESTA COBERTURA. NESSA HIPÓTESE, OS PRÊMIOS RELATIVOS À COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE, EVENTUALMENTE PAGOS APÓS A DATA DO REQUERIMENTO DO PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO, SERÃO DEVOLVIDOS, ATUALIZADOS MONETARIAMENTE.

A PERDA DE DENTES E OS DANOS ESTÉTICOS NÃO DÃO DIREITO À INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE.

6.6. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - IFPD

A) O QUE ESTÁ COBERTO

São assistidos por esta garantia, os empregados registrados no Condomínio Segurado, em plena atividade de trabalho durante o período de vigência deste seguro.

Este plano de seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização ao próprio Segurado ou ao seu representante legal durante a Vigência do Certificado Individual em decorrência da invalidez funcional permanente total do Segurado, conseqüente de doença, que cause a perda da sua existência independente, exceto se decorrente de Risco Excluído e desde que respeitadas estas Condições Gerais.

A PERDA DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE SERÁ CARACTERIZADA PELA OCORRÊNCIA DE QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE, DECORRENTE DE DOENÇA, QUE INVIABILIZE DE FORMA IRREVERSÍVEL O PLENO EXERCÍCIO DAS RELAÇÕES AUTÔNOMICAS DO SEGURADO. ESTE QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE DEVERÁ SER COMPROVADO ATRAVÉS DE PARÂMETROS E DOCUMENTOS DEVIDAMENTE ESPECIFICADOS NA CLÁUSULA “LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO”.

6.6.1. O Risco Coberto, comprovado segundo critérios vigentes à época do pagamento da Indenização e adotado pela classe médica especializada, deverá ser proveniente exclusivamente de:

- 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 planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- C)** Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais e, conseqüentemente, sua 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 manifestadas 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 proveniente de:

(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 a somatória 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) Estados mórbidos decorrentes de doença que acarretem:

(i) perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou

(ii) perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou

(iii) perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

I) Doença em estágio terminal, diagnosticada por médico assistente habilitado durante a Vigência do Contrato.

OUTROS QUADROS CLÍNICOS INCAPACITANTES PODERÃO SER RECONHECIDOS COMO RISCOS COBERTOS DESDE QUE, QUANDO AVALIADOS POR MEIO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF (ANEXO I), ATINJAM, NO MÍNIMO, 60 (SESSENTA) PONTOS, DE UM TOTAL DE 80 (OITENTA) PONTOS POSSÍVEIS.

O IAIF É COMPOSTO POR DOIS DOCUMENTOS:

A) TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS, A QUAL AVALIA, POR MEIO DE ESCALAS COM 3 (TRÊS) GRADUAÇÕES CADA, AS CONDIÇÕES MÉDICAS E DE CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA, AS QUAIS SÃO DENOMINADOS ATRIBUTOS E AVALIADOS CONFORME ABAIXO:

(I) O 1º GRAU DE CADA ATRIBUTO DESCREVE SITUAÇÕES QUE CARACTERIZAM INDEPENDÊNCIA DO SEGURADO NA REALIZAÇÃO DE TAREFAS, AINDA QUE COM ALGUMA DIFICULDADE OU DESCONFORTO, CONSIDERANDO QUE O QUADRO CLÍNICO SERÁ CLASSIFICADO NESTE GRAU APENAS QUANDO TODAS AS SITUAÇÕES ALI PREVISTAS FOREM RECONHECIDAS; E

(II) PARA A CLASSIFICAÇÃO NO 2º OU NO 3º GRAU, BASTA QUE OCORRA UMA DAS SITUAÇÕES ALI DESCRITAS.

B) TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E MORBIDADE (ANEXO II), A QUAL MENSURA AS EVIDÊNCIAS MÉDICAS POSITIVAS DE CADA UMA DAS SITUAÇÕES ALI PREVISTAS.

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 PARA EFEITOS DESTAS CONDIÇÕES GERAIS.

PODERÁ SER FIXADO NO CONTRATO UMA CARÊNCIA PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, CONTADA DO INÍCIO DA VIGÊNCIA DO CONTRATO OU AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO GLOBAL,

NO QUE DIZ RESPEITO À PARCELA DO CAPITAL SEGURADO GLOBAL QUE FOR AUMENTADA.

6.6.2. O TERMO “FUNCIONAL” EXISTENTE NO NOME DESTA COBERTURA NÃO DEVE SER CONFUNDIDO COM O TERMO “FUNÇÃO” NO SENTIDO DE ATIVIDADE/EXERCÍCIO PROFISSIONAL. ELE ESTÁ RELACIONADO EXCLUSIVAMENTE À PERDA DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE DO SEGURADO.

6.6.3. CONSIDERAM-SE TAMBÉM COMO TOTAL E PERMANENTEMENTE INVÁLIDOS, PARA EFEITOS DESTA COBERTURA, OS SEGURADOS PORTADORES DE DOENÇA EM FASE TERMINAL ATESTADA POR PROFISSIONAL LEGALMENTE HABILITADO.

6.6.4. A SEGURADORA RESERVA-SE O DIREITO DE NÃO CONSIDERAR QUADROS CLÍNICOS CERTIFICADOS POR DOCUMENTOS MÉDICOS QUE APENAS CARACTERIZEM INCAPACIDADE PARCIAL E OU DE NATUREZA PROFISSIONAL.

6.6.5. RECONHECIDA A INVALIDEZ FUNCIONAL PELA SEGURADORA, A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA DE UMA ÚNICA VEZ E O SEGURADO SERÁ AUTOMATICAMENTE EXCLUÍDO DO SÉGURO, COM A CONSEQUENTE DEVOLUÇÃO DE VALORES EVENTUALMENTE PAGOS APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, DEVIDAMENTE ATUALIZADOS.

B) O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

ESTE PLANO DE SEGURO NÃO COBRIRÁ A INVALIDEZ DO SEGURADO SE ESTA FOR DECORRENTE DOS EVENTOS MENCIONADOS NOS ITENS RELATIVOS AOS RISCOS EXCLUÍDOS E À PERDA DOS DIREITOS.

6.7. COMPLEMENTAÇÃO SALARIAL

A) O QUE ESTÁ COBERTO

Este plano de seguro tem por objetivo garantir a complementação Salarial para os empregados afastados por mais de 30 dias em decorrência de doença ou acidente, durante a Vigência do Certificado Individual garantindo ao segurado o valor da diferença entre o auxílio-doença e o valor da remuneração que receberia se estivesse trabalhando.

São assistidos por esta garantia, os empregados registrados no Condomínio Segurado, em plena atividade de trabalho durante o período de vigência deste seguro.

LIMITES: SUA UTILIZAÇÃO É LIMITADA A CONVENÇÃO REGENTE, RESPEITANDO-SE O PRAZO MÁXIMO DE SEIS MESES (180 DIAS CONSECUTIVOS) DE AFASTAMENTO.

IMPORTANTE:

1) SEGUNDO AS CONDIÇÕES GERAIS, NA HIPÓTESE DE CONTRATAÇÃO POR EMPREGADOR EM BENEFÍCIO DE SEUS EMPREGADOS OU SÓCIOS, NÃO SERÃO PARTE DO GRUPO SEGURÁVEL, AQUELES QUE ESTEJAM:

A) AFASTADOS DO TRABALHO ANTES DA VIGÊNCIA DO PRESENTE SEGURO, SALVO QUANDO SE TRATAR DE RENOVAÇÃO CONSECUTIVA DO SULAMÉRICA CONDOMÍNIO E O EMPREGADO TENHA SE AFASTADO NESTE PERÍODO.

VALE EM CASO DE SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE VALOR DO CAPITAL SEGURADO NO QUE DIZ RESPEITO A DIFERENÇA DE CAPITAL SEGURADO CONTRATADO, CONFORME DETERMINADO PELA

LEGISLAÇÃO EM VIGOR;

2) NA HIPÓTESE DE CONTRATAÇÃO POR EMPREGADOR EM BENEFÍCIO DE SEUS EMPREGADOS OU SÓCIOS, NÃO SERÃO PARTE DO GRUPO SEGURÁVEL, AQUELES QUE ESTEJAM AFASTADOS DO TRABALHO ANTES DA VIGÊNCIA DO PRESENTE SEGURO, SALVO QUANDO SE TRATAR DE RENOVAÇÃO CONSECUTIVA DO SULAMÉRICA CONDOMÍNIO E O EMPREGADO TENHA SE AFASTADO NESTE PERÍODO.

7. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

AS INFORMAÇÕES A SEGUIR, APLICAM-SE A TODAS AS COBERTURAS DO SEGURO SEGURADORA:

8. RISCOS EXCLUÍDOS NO SEGURO DE PESSOAS

MESMO DURANTE A VIGÊNCIA DO SEGURO, A SEGURADORA NÃO REALIZARÁ O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO AO SEGURADO OU BENEFICIÁRIO, CASO O SINISTRO OCORRA POR CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA, DE:

A) ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, DE GUERRA CIVIL, DE GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DE ORDEM PÚBLICA OU DELAS DECORRENTES;

B) USO DE MATERIAL NUCLEAR, PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR, PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;

C) SUICÍDIO VOLUNTÁRIO OU INVOLUNTÁRIO, PREMEDITADO OU NÃO, CASO OCORRA NOS 2 (DOIS) PRIMEIROS ANOS DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, OU DA SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO.

D) DOENÇA OU LESÃO DE CONHECIMENTO DO SEGURADO E NÃO DECLARADA NA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO;

E) ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE, DE UM OU DE OUTRO;

F) ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES OU ADMINISTRADORES, PELOS BENEFICIÁRIOS, E PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES, NO CASO DE SEGURO CONTRATADO POR PESSOA JURÍDICA;

G) TUFÕES, FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS OU QUAISQUER OUTRAS CATÁSTROFES DA NATUREZA;

H) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR NECESSIDADE JUSTIFICADA;

I) ATO TERRORISTA OU ASSEMELHADO, CABENDO À SEGURADORA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA POR AUTORIDADE PÚBLICA

COMPETENTE;

J) EPIDEMIA E/OU PANDEMIA DECLARADA POR ÓRGÃO COMPETENTE.

K) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;

L) PERDA DE DENTES OU DANOS ESTÉTICOS

M) DAS SITUAÇÕES EM QUE, AINDA QUE RECONHECIDAS POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA OU ASSEMELHADAS, COMO “INVALIDEZ ACIDENTÁRIA”, O EVENTO CAUSADOR DA LESÃO NÃO SE ENQUADRE INTEGRALMENTE NA CARACTERIZAÇÃO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE PESSOAL, DEFINIDÃO NESTAS CONDIÇÕES GERAIS.

N) LESÕES CAUSADAS POR ACIDENTE OCORRIDO ANTERIORMENTE À CONTRATAÇÃO DO SEGURO;

O) DE COMPETIÇÕES EM VEÍCULOS, INCLUSIVE TREINOS PREPARATÓRIOS;

P) QUAISQUER EVENTOS DECORRENTES DE ACIDENTE E DOENÇAS PREEXISTENTES;

8.1. NÃO SE CONSIDERAM RISCOS EXCLUÍDOS OS EVENTOS DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, A PRESTAÇÃO DO SERVIÇO MILITAR, A PRÁTICA DE ESPORTE, OU OS ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.

8.2. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS ACIMA, CONSIDERAM-SE TAMBÉM COMO RISCOS EXCLUÍDOS, PARA A COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA, OS ABAIXO ESPECIFICADOS:

A) A PERDA, A REDUÇÃO OU A IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA, TOTAL OU PARCIAL, DE UM OU MAIS MEMBROS, ÓRGÃOS E OU SISTEMAS ORGÂNICOS CORPORAIS, EM DECORRÊNCIA, DIRETA E OU INDIRETAMENTE, DE LESÃO FÍSICA E OU PSÍQUICA CAUSADA POR ACIDENTE PESSOAL;

B) OS QUADROS CLÍNICOS DECORRENTES DE DOENÇAS OCUPACIONAIS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS E AS DO TRABALHO, DE QUALQUER ORIGEM CAUSAL (ETIOLOGIA);

C) DOENÇAS EM GERAL, CUJA ETIOLOGIA GUARDE RELAÇÃO DIRETA DE CAUSA E EFEITO COM A ATIVIDADE LABORATIVA EXERCIDA PELO SEGURADO;

D) AS DOENÇAS AGRAVADAS POR TRAUMATISMOS;

E) LESÕES DECORRENTES, DEPENDENTES, PREDISPOSTAS OU FACILITADAS POR ESFORÇOS REPETITIVOS OU MICROTRAUMAS CUMULATIVOS, OU QUE TENHAM RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO COM OS MESMOS, ASSIM COMO AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, DOENÇAS OSTEOMUSCULARES RELACIONADAS AO TRABALHO – DORT, LESÃO POR TRAUMA CONTINUADO OU CONTÍNUO – LTC, OU SIMILARES, QUE VENHAM A SER ACEITAS PELA CLASSE MÉDICO-CIENTÍFICA, BEM COMO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS PÓS- TRATAMENTO, INCLUSIVE CIRÚRGICOS, EM QUALQUER TEMPO;

F) OS QUADROS CLÍNICOS INCAPACITANTES, COM REPERCUSSÕES CLÍNICAS PARCIAIS QUE NÃO IMPLIQUEM EM PERDA DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE DO SEGURADO.

9. ACEITAÇÃO E ALTERAÇÃO E RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1. Só podem ser segurados pelas coberturas de vida os empregados de até 64 (sessenta e quatro) anos e 11 (onze) meses (inclusive) na data da assinatura da proposta de seguro ou início da vigência, o que for menor.

9.2. A ACEITAÇÃO DO SEGURO PELA SEGURADORA ESTÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO.

9.3. A contratação do seguro se formalizará por meio da assinatura da Proposta de Contratação pelo Estipulante e/ou Corretor manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais e contendo os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.

9.4. PARA QUE HAJA A ACEITAÇÃO DOS EMPREGADOS DO GRUPO SEGURÁVEL DEVERÁ SER COMPROVADO VÍNCULO COM O ESTIPULANTE, SEMPRE OBSERVANDO OS LIMITES DE IDADE DESCRITOS E AS BOAS CONDIÇÕES DE SAÚDE PARA INGRESSO E OS LIMITES DE CAPITAIS ESTABELECIDOS PELA SEGURADORA.

9.5. SE A INEXATIDÃO OU OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO SEGURADO, A SEGURADORA TERÁ DIREITO A RESCINDIR O CONTRATO, OU A COBRAR, MESMO APÓS A OCORRÊNCIA DO SINISTRO, A DIFERENÇA DO PRÊMIO.

9.6. A partir da data de protocolo da Proposta de Contratação, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco, a Seguradora deverá, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. Sua aceitação se dará automaticamente, caso não haja manifestação em contrário por parte da Seguradora no prazo máximo de 15 (quinze) dias.

9.7. A Seguradora poderá solicitar documentos e/ou informações complementares para análise e aceitação do risco, hipótese em que o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que a Seguradora receber as informações ou os documentos, observando-se, ainda, que a mencionada solicitação poderá ocorrer apenas uma vez desde que a Seguradora fundamente o pedido.

9.8. 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 devido no momento da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias, corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizado monetariamente pela variação do Indexador IPCA/IBGE, na falta deste será utilizado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC/IBGE. O proponente terá cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

9.9. A Seguradora emitirá Apólice, no início do Contrato e em cada uma das renovações subsequentes, contendo as informações sobre o Risco Coberto contratado.

9.10. SEGUNDO AS CONDIÇÕES GERAIS, NA HIPÓTESE DE CONTRATAÇÃO POR EMPREGADOR EM BENEFÍCIO DE SEUS EMPREGADOS OU SÓCIOS, NÃO SERÃO PARTE DO GRUPO SEGURÁVEL, AQUELES QUE ESTEJAM AFASTADOS DO TRABALHO ANTES DA VIGÊNCIA DO PRESENTE SEGURO, SALVO QUANDO SE TRATAR DE RENOVAÇÃO CONSECUTIVA DO SULAMÉRICA CONDOMÍNIO E O EMPREGADO TENHA SE AFASTADO NESTÉ PERÍODO.

9.11. A emissão da apólice, do certificado ou do endosso será feita em até 15 (quinze) dias, a partir da data da aceitação da proposta.

9.12. POR SE TRATAR DE UM SEGURO COLETIVO, PARA QUE O RISCO COBERTO SEJA ASSEGURADO O

NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS PRINCIPAIS PREVISTO NO CONTRATO DEVERÁ SER OBSERVADO DURANTE TODA A VIGÊNCIA DA APÓLICE. CASO ESTE NÚMERO NÃO SE VERIFIQUE, A SEGURADORA NÃO RENOVARÁ A APÓLICE.

10. INÍCIO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO DE SEGURO OU DE SUA ALTERAÇÃO

10.1. ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO DE 1 (UM) ANO, TENDO A SEGURADORA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM A DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS, NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO E DESTAS CONDIÇÕES GERAIS.

10.2. O início e término de Vigência do seguro serão às 24h (vinte e quatro horas), GMT Brasília, das datas para tal fim indicadas na Apólice.

10.2.1. O início e o término da Vigência do Capital Segurado Individual, desde que vigente a Apólice e o Contrato, será às 24h (vinte e quatro horas), GMT Brasília, do dia do início do vínculo do Proponente com o Estipulante.

10.3. Nos contratos cujas Propostas de Seguro tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, o início de vigência do seguro se dará a partir da data da recepção da Proposta de Seguro pela Seguradora.

10.4. OS CONTRATOS CUJAS PROPOSTAS DE SEGURO TENHAM SIDO RECEPCIONADAS, SEM PAGAMENTO DE PRÊMIO, O INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO DEVERÁ COINCIDIR COM A DATA DE ACEITAÇÃO DA PROPOSTA OU COM DATA DISTINTA, DESDE QUE EXPRESSAMENTE ACORDADA ENTRE AS PARTES.

10.5. QUALQUER ALTERAÇÃO NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA DEVERÁ SER REALIZADA POR ADITIVO À APÓLICE, COM A CONCORDÂNCIA EXPRESSA E ESCRITA DO ESTIPULANTE, OBSERVANDO QUE QUALQUER MODIFICAÇÃO QUE IMPLIQUE ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU A REDUÇÃO DOS SEUS DIREITOS DEPENDERÁ DA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO.

11. ENDOSSOS

11.1. Qualquer alteração nas condições do contrato de seguro gera um endosso, como, por exemplo, inclusão de alguma cobertura adicional.

11.2. QUALQUER MODIFICAÇÃO DA APÓLICE EM VIGOR QUE IMPLIQUE EM ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS DEPENDERÁ DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO.

11.3. Alguns endossos podem gerar alterações no prêmio do seguro, o que promoverá restituição ou cobrança adicional de prêmio ao Segurado.

11.4. O cálculo de endosso é elaborado em função das condições e prêmios vigentes à data de alteração do contrato de seguro.

11.5. O prêmio ou restituição referente ao endosso não implica a suspensão do pagamento das parcelas originais.

12. RENOVAÇÃO DO SEGURO

12.1. RENOVAÇÕES SOMENTE OCORRERÃO SE EXPRESSAMENTE ACORDADAS ENTRE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE, E DESDE QUE NÃO IMPLIQUEM ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS. NO CASO DE IMPLICAR ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, PELO MENOS (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO DEVERÁ ANUIR PRÉVIA E EXPRESSAMENTE À RENOVAÇÃO DA APÓLICE.

12.2. CASO A SEGURADORA OU O ESTIPULANTE NÃO TENHA INTERESSE EM RENOVAR A APÓLICE, SEJA NA RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA OU NAS RENOVAÇÕES POSTERIORES, DEVERÁ COMUNICAR POR ESCRITO AOS SEGURADOS E À OUTRA PARTE MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE, NO MÍNIMO, 60 (SESENTA) DIAS QUE ANTECEDAM O FINAL DE VIGÊNCIA DA APÓLICE.

12.3. A cada renovação da Apólice, a Seguradora emitirá uma nova Apólice com as informações sobre o Risco Coberto contratado.

12.4. RESPEITADO O PERÍODO CORRESPONDENTE AO PRÊMIO PAGO, A VIGÊNCIA DA APÓLICE CESSA AO FINAL DO PRAZO DE 12 (DOZE) MESES, SE ESTA NÃO FOR RENOVADA.

13. CARÊNCIA

13.1. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais ocorrido na Vigência da Apólice.

13.2. HAVERÁ CARÊNCIA DE 2 (DOIS) ANOS PARA OS SEGUINTE CASOS:

A) DE SUICÍDIO OU SUA TENTATIVA, CONTADOS DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE;

B) NA SOLICITAÇÃO DE AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO, CONTADO A PARTIR DA DATA DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO VALOR AUMENTADO, PARA HIPÓTESE DE SUICÍDIO.

13.3. Para a cobertura de Complementação Salarial o Segurado deverá cumprir uma carência de 12 (doze) meses, contados da data de retorno às atividades normais de trabalho, para ter direito novamente a esta garantia.

14. CAPITAL SEGURADO

14.1. O valor do Capital Segurado Global será escolhido pelo Estipulante, em moeda corrente nacional, sempre respeitados os limites mínimos e máximos de contratação fixados e divulgados pela Seguradora e acordados no Contrato.

14.2. O CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL SERÁ UTILIZADO COMO BASE PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, SENDO OBTIDO A PARTIR DA DIVISÃO DO CAPITAL SEGURADO GLOBAL PELA QUANTIDADE DE SEGURADOS PRINCIPAIS NO MÊS DE OCORRÊNCIA DO SINISTRO.

14.3. O VALOR DO CAPITAL SEGURADO REFERENTE A CADA COMPONENTE SOFRERÁ VARIAÇÕES DECORRENTES DE MUDANÇAS NA COMPOSIÇÃO DO GRUPO SEGURADO.

14.4. O VALOR DO CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL, IGUAL PARA TODOS OS SEGURADOS, SERÁ APURADO NA DATA DO EVENTO COBERTO, SENDO EQUIVALENTE AO VALOR DO CAPITAL SEGURADO

GLOBAL DIVIDIDO PELO NÚMERO DE SEGURADOS.

14.5. SE A QUANTIDADE DE EMPREGADOS SE ALTERAR DURANTE A VIGÊNCIA DO SEGURO, SEJA PELA OCORRÊNCIA DE SINISTRO OU PELA MOVIMENTAÇÃO DE EMPREGADOS, O CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL SERÁ AUTOMATICAMENTE AJUSTADO, RATEANDO-SE O CAPITAL SEGURADO GLOBAL DE FORMA PROPORCIONAL AO NOVO NÚMERO DE EMPREGADOS, DESDE QUE NÃO ULTRAPASSE O VALOR DE R\$ 50.000,00 (CINQUENTA MIL REAIS) POR EMPREGADO; (INCLUIR VALOR)

14.6. EM QUALQUER CIRCUNSTÂNCIA O CAPITAL SEGURADO INDIVIDUAL (INCLUIR TERMO) ESTARÁ LIMITADO AO VALOR MÁXIMO ESTABELECIDO, DESDE QUE NÃO ULTRAPASSE O VALOR DE R\$ 50.000,00 (CINQUENTA MIL REAIS) POR EMPREGADO (INCLUIR);

14.7. É DE RESPONSABILIDADE DO ESTIPULANTE MANTER A SEGURADORA INFORMADA DE EVENTUAIS MOVIMENTAÇÕES NA APÓLICE.

14.8. Caso o Estipulante deseje aumentar o Capital Segurado deverá solicitar a emissão de endosso de alteração, conforme previsto no Contrato.

14.9. Quaisquer alterações no Capital Segurado deverão ser submetidas pelo Estipulante à Seguradora, e somente produzirão efeitos a partir da respectiva aceitação, formalizada, conforme estabelecido no Contrato.

14.10. No caso da Aceitação da alteração de que trata o subitem anterior, será emitido endosso de alteração da Apólice.

14.11. Na Proposta de Contratação estarão registrados todos os parâmetros e critérios envolvidos para determinação do Capital Segurado e do Prêmio, na forma prevista nestas Condições Gerais.

14.12. A aceitação, por parte da Seguradora, de estabelecimento de Capital Segurado superior ao respectivo limite de retenção acarretará na observância do Capital contratado para efeito de pagamento de indenização, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite.

15. QUANDO O SEGURADO PERDE SEUS DIREITOS

15.1. O SEGURADO PERDERÁ SEU DIREITO À COBERTURA, ALÉM DE SER OBRIGADO A PAGAR O PRÊMIO VENCIDO, FICANDO A SEGURADORA ISENTA DE QUALQUER RESPONSABILIDADE QUANDO SE CONFIGURAR QUALQUER UMA DAS SEGUINTE SITUAÇÕES:

A) QUANDO O SEGURADO AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO COBERTO;

B) QUANDO O SEGURADO, AGINDO DE MÁ-FÉ, NÃO COMUNICAR À SEGURADORA, TÃO LOGO TENHA CONHECIMENTO, QUALQUER FATO QUE POSSA AGRAVAR O RISCO COBERTO;

C) QUANDO O ESTIPULANTE, AGINDO DE MÁ-FÉ, NÃO COMUNICAR À SEGURADORA, TÃO LOGO TENHA CONHECIMENTO, QUALQUER FATO QUE POSSA AGRAVAR O RISCO COBERTO;

D) QUANDO O SEGURADO, SEU REPRESENTANTE OU O CORRETOR DE SEGUROS FIZER DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO OU NO VALOR DO PRÊMIO, FICANDO AINDA O SEGURADO OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO; OU

E) NO CASO DE FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULANDO ACIDENTE OU AGRAVANDO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.

F) SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO ESTIPULANTE, DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, A SEU CRITÉRIO, 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 AINDA,

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 DO SINISTRO COM PAGAMENTO PARCIAL DO CAPITAL SEGURADO:

A) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, ACRESCIDO DA DIFERENÇA CABÍVEL, A PARCELA CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO TEMPO DECORRIDO, OU

B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DO PRÊMIO CABÍVEL OU DEDUZINDO-A DO VALOR A SER PAGO AO SEGURADO OU AO BENEFICIÁRIO OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA PARA RISCOS FUTUROS.

III) NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DO 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.

15.2. O SEGURADO ESTÁ OBRIGADO A COMUNICAR À SOCIEDADE SEGURADORA, LOGO QUE O SAIBA, QUALQUER FATO SUSCETÍVEL DE AGRAVAR O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À COBERTURA, SE FICAR COMPROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ.

15.2.1. RECEBIDO O AVISO DE AGRAVAÇÃO DO RISCO, A SEGURADORA, NO PRAZO DE 15 (QUINZE) DIAS A CONTAR DAQUELE AVISO, PODERÁ RESCINDIR O CONTRATO, DANDO CIÊNCIA DE SUA DECISÃO, POR ESCRITO, AO SEGURADO, OU MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, RESTRINGIR A COBERTURA CONTRATADA.

15.2.2. A RESCISÃO SÓ SERÁ EFICAZ 30 (TRINTA) DIAS APÓS A NOTIFICAÇÃO DO AGRAVAMENTO DO RISCO COBERTO E A DIFERENÇA DO PRÊMIO SERÁ RESTITUÍDA PELA SEGURADORA, CALCULADA PROPORCIONALMENTE AO PERÍODO A DECORRER.

15.2.3. NA HIPÓTESE DE AGRAVAÇÃO DO RISCO, A SEGURADORA PODERÁ PROPOR A CONTINUIDADE DO CONTRATO E COBRAR A DIFERENÇA DO PRÊMIO.

15.3. CASO A APÓLICE NÃO SEJA IMEDIATAMENTE CANCELADA, TENDO EM VISTA A AGRAVAÇÃO DO RISCO COBERTO TER OCORRIDO POR AÇÃO OU OMISSÃO DO ESTIPULANTE, MEDIANTE ACORDO COM O ESTIPULANTE E CONCORDÂNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DOS SEGURADOS PRINCIPAIS, O RISCO COBERTO CONTRATADO PARA O GRUPO SEGURADO PODERÁ SER RESTRINGIDO OU A DIFERENÇA DO PRÊMIO COBRADA.

16. PAGAMENTO DO PRÊMIO

16.1. O custeio do Prêmio será feito pelo Estipulante, mensalmente, conforme estabelecido no Contrato.

16.2. O Prêmio será fixado com base no Capital Segurado Global e na taxa, conforme Nota Técnica Atuarial.

16.3. Quando a data do pagamento do Prêmio ocorrer em dia que não haja expediente bancário, este poderá ser efetuado em dia útil imediatamente posterior.

16.4. A OBRIGAÇÃO DE PAGAMENTO DO PRÊMIO À SEGURADORA SERÁ EXCLUSIVAMENTE DO ESTIPULANTE, QUE RESPONDERÁ POR QUALQUER INADIMPLEMENTO, CONFORME ESTABELECIDO NO CONTRATO.

16.5. O ESTIPULANTE É PROIBIDO DE COBRAR DO SEGURADO QUALQUER VALOR.

16.6. O NÃO PAGAMENTO DO PRÊMIO PELO PRAZO DE ATÉ 60 (SESSENTA) DIAS DO VENCIMENTO DA FATURA NÃO PAGA PELO ESTIPULANTE, DESDE QUE NÃO SEJA A PRIMEIRA FATURA, NÃO PREJUDICARÁ O DIREITO DOS SEGURADOS, NÃO MOTIVARÁ O CANCELAMENTO DA APÓLICE E SUJEITARÁ O ESTIPULANTE ÀS COMINAÇÕES LEGAIS. NO ENTANTO, CASO O ESTIPULANTE NÃO EFETUE O PAGAMENTO DURANTE OS MENCIONADOS 60 (SESSENTA) DIAS, AS COBERTURAS INDIVIDUAIS SERÃO CANCELADAS APÓS O ESGOTAMENTO DESTES PRAZO.

16.7. Se houver um Sinistro durante o prazo mencionado no item anterior, a Indenização será paga deduzida dos Prêmios devidos e não pagos, o Estipulante ficará sujeito ao pagamento do Prêmio devido, devidamente corrigido pela variação do Índice de Preços ao Consumidor amplo (IPCA) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ou, no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, será utilizado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC/IBGE, desde a data do vencimento do prêmio não pago até a data do pagamento do Prêmio devido pelo Estipulante, acrescido de juros de 6% (seis por cento) ao ano.

16.8. A base de cálculo da atualização monetária considera a variação do índice do período compreendido entre a data do vencimento e a data do efetivo pagamento, defasado de 2 (dois) meses.

16.9. EM FUNÇÃO DO DISPOSTO NO ITEM ANTERIOR, NÃO SERÁ PERMITIDO QUALQUER PAGAMENTO DO PRÊMIO DEVIDO APÓS O ESGOTAMENTO DO PRAZO DE 60 (SESSENTA) DIAS DO VENCIMENTO DA FATURA NÃO PAGA PELO ESTIPULANTE, SALVO SE PREVIAMENTE ACORDADO POR ESCRITO COM A SEGURADORA; SE, AINDA ASSIM, O ESTIPULANTE REALIZAR QUALQUER PAGAMENTO OU DEPÓSITO À SEGURADORA, ESTE NÃO SERÁ CONSIDERADO COMO PRÊMIO E SERÁ RESTITUÍDO PELA SEGURADORA AO ESTIPULANTE, MEDIANTE APRESENTAÇÃO PELO ESTIPULANTE DO RESPECTIVO COMPROVANTE DO PAGAMENTO OU DEPÓSITO.

16.10. CASO NÃO SEJA EFETUADO O PAGAMENTO DA PRIMEIRA PARCELA DO PRÊMIO, A CONTRATAÇÃO DA APÓLICE NÃO SERÁ EFETIVADA E A SEGURADORA NÃO ESTARÁ OBRIGADA A GARANTIR O RISCO COBERTO.

16.11. Os Prêmios em atraso serão acrescidos de juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano e atualização monetária pelo IPCA/IBGE a partir do primeiro dia de atraso e multa contratual de 2% (dois por cento) sobre o montante devido.

17. RESCISÃO E CANCELAMENTO DO CONTRATO DE SEGURO

17.1. CASO O ESTIPULANTE NÃO REALIZE O PAGAMENTO DA PRIMEIRA PARCELA DO PRÊMIO OU SE TRANSCORREREM O PRAZO DE TOLERÂNCIA DE 60 (SESSENTA) DIAS DA ÚLTIMA PARCELA PAGA OU REPASSADA, A APÓLICE ESTARÁ CANCELADA POR FALTA DE PAGAMENTO.

17.1.1. TRANSCORRIDO O PRAZO DE TOLERÂNCIA, O SEGURO SERÁ CANCELADO SEM QUE SEJA DEVIDO AO ESTIPULANTE, SEGURADO OU A SEUS BENEFICIÁRIOS A PERCEPÇÃO PROPORCIONAL DE QUALQUER INDENIZAÇÃO OU PRÊMIOS PAGOS.

17.2. SE O SEGURADO, SEU(S) BENEFICIÁRIO(S), REPRESENTANTE DE UM OU DE OUTRO, O ESTIPULANTE, SEU(S) SÓCIO(S) CONTROLADOR(ES), DIRIGENTE(S), ADMINISTRADOR(ES) OU REPRESENTANTE(S) AGIREM COM DOLO, FRAUDE OU SIMULAÇÃO NA ADESÃO OU NA CONTRATAÇÃO, OU AINDA PARA CONSEGUIR O AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO, DÁ-SE O CANCELAMENTO DA APÓLICE, SEM RESTITUIÇÃO DOS PRÊMIOS JÁ PAGOS, FICANDO A SEGURADORA ISENTA DE QUALQUER RESPONSABILIDADE.

17.3. A COBERTURA INDIVIDUAL SERÁ, AINDA, CANCELADA PELA SEGURADORA:

A) SE O SEGURADO SOLICITAR EXPRESSAMENTE A SUA EXCLUSÃO DO GRUPO SEGURADO; OU

B) POR ENCERRAMENTO DO VÍNCULO DO SEGURADO COM O ESTIPULANTE;

C) NO FINAL DO PRAZO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, SE ESTA NÃO FOR RENOVADA, RESPEITADA AS RESPECTIVAS VIGÊNCIAS MENSAS EM CURSO, CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO INTEGRALMENTE PAGOS.

17.4. A APÓLICE PODERÁ, AINDA, SER CANCELADA, A QUALQUER TEMPO, MEDIANTE ACORDO ENTRE A SEGURADORA, O ESTIPULANTE E OS SEGURADOS QUE REPRESENTEM NO MÍNIMO $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO, SEM PREJUÍZO DAS VIGÊNCIAS INDIVIDUAIS CORRESPONDENTES AOS PRÊMIOS JÁ PAGOS OU REPASSADOS, PODENDO A SEGURADORA RETER PERCENTUAL DO PRÊMIO RECEBIDO PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO DO INÍCIO DA VIGÊNCIA INDIVIDUAL, ALÉM DOS CUSTOS.

17.5. PAGA A INDENIZAÇÃO POR MORTE, INVALIDEZ TOTAL POR ACIDENTE OU INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA, A APÓLICE SERÁ AUTOMATICAMENTE CANCELADA. NESTA HIPÓTESE, QUAISQUER PRÊMIOS EVENTUALMENTE PAGOS APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO SERÃO DEVOLVIDOS DEVIDAMENTE ATUALIZADOS MONETARIAMENTE.

17.6. INDEPENDENTEMENTE DO DISPOSTO NESTA CLÁUSULA, APLICA-SE AO CANCELAMENTO DA APÓLICE QUAISQUER OUTRAS HIPÓTESES PREVISTAS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS, EM LEI OU NA REGULAMENTAÇÃO RELACIONADA A SEGUROS.

18. ATUALIZAÇÃO DE VALORES CONTRATADOS E ENCARGOS MORATÓRIOS

18.1. Os Prêmios e os Capitais Segurados serão atualizados monetariamente, anualmente, conforme estabelecido expressamente no Contrato, pela variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) ou, no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, será utilizado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC/IBGE acumulada nos 12 (doze) meses antecedentes.

18.2. ALÉM DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, O VALOR DOS PRÊMIOS SOFRERÁ ACRÉSCIMO EM DECORRÊNCIA DA ALTERAÇÃO DA(S) TAXA(S), DE ACORDO COM O MODELO DE TARIFAÇÃO DEFINIDA

EM CONTRATO.

18.3. Quando a periodicidade de pagamento do Prêmio for anual, o Capital Segurado será atualizado desde a data da última atualização do Prêmio até a data de ocorrência do Evento Coberto.

18.4. QUALQUER ALTERAÇÃO NA TAXA QUE IMPLIQUE EM ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS DEPENDERÁ DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO.

19. CESSÃO DE DIREITOS

19.1. NENHUMA DISPOSIÇÃO DESTA APÓLICE DARÁ QUAISQUER DIREITOS CONTRA OS SEGURADORES A QUALQUER PESSOA OU PESSOAS QUE NÃO O SEGURADO. A SEGURADORA NÃO FICARÁ OBRIGADA POR QUALQUER TRANSFERÊNCIA OU CESSÃO DE DIREITOS FEITA PELO SEGURADO, A MENOS E ATÉ QUE A SEGURADORA, POR MEIO DE ENDOSSO, DECLARE O SEGURO VÁLIDO PARA O BENEFÍCIO DE OUTRA PESSOA.

20. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Não há qualquer restrição geográfica, sendo as coberturas deste seguro válidas em todo o globo terrestre, EXCETO PARA A COBERTURA DE FUNERAL QUE ABRANGE O RISCO COBERTO OCORRIDO EM TODO O TERRITÓRIO BRASILEIRO.

Os eventuais encargos de tradução referentes ao reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.

21. FORO

A) O foro competente para nele dirimirem litígios, por motivo existente direta ou indiretamente no contrato, será o do domicílio do Segurado.

B) Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diferente do domicílio do Segurado.

22. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles estipulados em lei.

23. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

23.1. PASSO A PASSO EM CASO DE SINISTRO:

A) Em caso de sinistro envolvendo coberturas contratadas por este seguro, tão logo tome conhecimento, comunique-se com a Seguradora, preferencialmente por telefone através da Central de Atendimento, nos telefones 4004- 4642 (capitais e regiões metropolitanas) 0800 725 4642(demais regiões), informando a data, horário, local do acidente e a causa provável do acidente.

B) O Segurado disponibilizará à Seguradora todos os documentos pertinentes ao sinistro (descritos na Cláusula 4.2 Documentos a ser entregues em caso de sinistro),

C) A SEGURADORA PODERÁ EXIGIR ATESTADOS OU CERTIDÕES DE AUTORIDADES COMPETENTES, SEM PREJUÍZO DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO NO PRAZO DEVIDO EM VIRTUDE DO FATO QUE PRODUZIU O SINISTRO.

D) TODAS AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO, SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SEGURADORA.

E) Os atos ou providências que a Seguradora praticar, após o sinistro, não importam, por si, no reconhecimento da obrigação de pagar a indenização reclamada.

24. DOCUMENTAÇÃO BÁSICA NO CASO DE SINISTRO

24.1. Quando da liquidação do Sinistro, a data da ocorrência do Risco Coberto será considerada para efeito de determinação do Capital Segurado, conforme abaixo:

A) MORTE a data do falecimento do Segurado;

B) INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE: a data do Acidente Pessoal;

C) INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA: a data do diagnóstico da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença coberta;

24.2. Para a regulação do Sinistro de Morte deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

A.1) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;

A.2) Relatório Médico integralmente preenchido e assinado, com firma reconhecida, pelo médico do Segurado; a.3) Documento que comprove o vínculo do Segurado com o Estipulante;

A.4) Cópia das 3 (três) Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social (GFIPs) dos meses imediatamente anteriores à ocorrência do sinistro, inclusive a do mês de ocorrência e/ou do Contrato Social;

A.5) Cópia autenticada da certidão de óbito do Segurado;

A.6) cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado; a.7) cópia autenticada do CPF do Segurado;

A.8) cópia autenticada do comprovante de residência atualizado (com defasagem máxima **DE 3**

(três) meses da data do evento) do segurado;

A.9) cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela, se houver, relacionado ao Segurado falecido ou ao Beneficiário, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente;

A.10) cópia autenticada do boletim de ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim, se houver;

A.11) cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;

A.12) cópia autenticada do Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado; **A.13)** cópia autenticada do Laudo do Exame de Corpo de Delito;

A.14) cópia autenticada do Laudo de Necropsia;

A.15) cópia autenticada do Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etílica e/ou Toxicológica, se for realizado;

A.16) radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado e com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá(o) estar assinado(s) por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado no Sinistro;

A.17) cópia do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), se houver;

A.18) documentos dos Beneficiários:

• Cônjuge: cópia autenticada da certidão de casamento atualizada, carteira de identidade e CPF;

• Companheira: cópia autenticada da carteira de identidade, CPF e documento que comprove a união estável na data do evento ou contrato de convivência de escritura pública de declaração de união estável;

• Filhos: cópia autenticada da certidão de nascimento;

• Pais e Outros: cópia autenticada da carteira de identidade e CPF, e;

• Cópia autenticada do comprovante de residência atualizado (com defasagem máxima de 3 (três) meses da data do evento) do beneficiário.

A.19) caso o Beneficiário não tenha sido indicado no documento específico, deverá ser observada a legislação vigente. Nesse sentido, além dos documentos acima mencionados, são necessários os seguintes documentos:

A.19.1) para descendente(s): cópia autenticada (i) da carteira de identidade e do CPF, se houver, e (iii) de comprovante de residência que comprove o endereço completo do(s) descendente(s);

A.19.2) para ascendente(s): declaração de inexistência de cônjuge e descendente(s) do Segurado falecido com firma reconhecida e cópia autenticada (i) da certidão de nascimento, (ii) da carteira de identidade, (iii) do CPF e (iv) de comprovante de residência que comprove o endereço completo do(s) ascendente(s);

A.19.3) SE CÔNJUGE: declaração de inexistência de descendente(s) do Segurado falecido com firma reconhecida e cópia autenticada (i) da certidão de casamento atualizada, (ii) da carteira de identidade, (iii) do CPF e (iv) de comprovante de residência que comprove o endereço completo do cônjuge;

A.19.4) SE COMPANHEIRO(A): declaração de inexistência de descendente(s) do Segurado falecido com firma reconhecida e cópia autenticada (i) da carteira de identidade, (ii) do CPF, (iii) de comprovante de residência que comprove o endereço completo do(a) companheiro(a), (iv) de documento legalmente aceito que comprove a convivência com o Segurado falecido, tais como: (a) contrato de convivência por escritura pública, (b) reconhecimento judicial por sentença transitada em julgado da união estável, (c) documento fornecido por instituição pública de Previdência que comprove a condição de companheiro(a), (d) alvará judicial designando o(s) sucessor(es) previsto(s) na lei civil ou (e) cópia da declaração de imposto de renda do Segurado falecido constando o(a) companheiro(a) como dependente, e;

A.19.5) SE COLATERAL(IS): certidão de óbito do(s) ascendente(s) do Segurado falecido, declaração de inexistência de descendente(s) e cônjuge do Segurado falecido com firma reconhecida e cópia autenticada (i) da carteira de identidade, (ii) do CPF e (iii) de comprovante de residência que comprove o endereço completo do(s) colateral(is). a.2o) se pessoa jurídica: cópia autenticada (i) de documento que comprove a denominação ou razão social e a atividade principal desenvolvida, (ii) do CNPJ, (iii) de comprovante de endereço completo e número do telefone da pessoa jurídica, e (iv) de documento que contenha a qualificação do procurador ou representante legal da pessoa jurídica.

24.3. B) Para a regulação de Invalidez Permanente, Total ou Parcial por Acidente - IPA

B.1) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;

B.2) Relatório médico integralmente preenchido e assinado, com firma reconhecida, pelo médico do segurado b.3) documento que comprove o vínculo do Segurado com o Estipulante;

B.4) cópia das 3 (três) GFIPs dos meses imediatamente anteriores à ocorrência do sinistro, inclusive a do mês de ocorrência e/ou do Contrato Social;

B.5) cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado inválido; b.6) cópia autenticada do CPF do Segurado inválido;

B.7) cópia autenticada do comprovante de residência atualizado (com defasagem máxima de 3 (três) meses da data do evento) do segurado inválido;

B.8) cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela, se houver, relacionado ao Segurado, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente;

B.9) cópia autenticada do boletim de ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim, se couber;

B.10) cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado, se couber;

B.11) cópia autenticada do Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado, se couber;

B.12) cópia autenticada do Laudo do Exame de Corpo de Delito, se couber;

B.13) cópia autenticada do Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etilica e/ou Toxicológica, se couber;

B.14) radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado e com identificação deste, sendo ue o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá(ao) estar assinado(s) por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado no Sinistro, se couber;

B.15) cópia do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), se couber, e;

B.16) endereço e telefone do médico que assistiu ao segurado inválido.

24.4. Para a regulação do Sinistro de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

A) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;

B) Relatório Médico integralmente preenchido e assinado pelo médico do Segurado (com firma reconhecida), indicando o início da doença, a data em que foi diagnosticada, a data da efetiva caracterização da invalidez funcional permanente total decorrente de Doença, que cause a Perda da Existência Independente do Segurado em caráter irreversível, detalhando aspectos relativos à referida invalidez;

C) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, comprobatórios do início da doença, incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a invalidez funcional permanente total decorrente de Doença, que cause a Perda da Existência Independente do Segurado em caráter irreversível;

D) Documento que comprove o vínculo do Segurado com o Estipulante;

E) Cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado;

F) Cópia autenticada do CPF do Segurado;

G) Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado;

H) Quando contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge, cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada ou documento equivalente para comprovar a união ao cônjuge;

I) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao Segurado, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente.

24.5. Para a regulação do Sinistro de Complementação Salarial deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

C.1) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;

C.2) Relatório Médico integralmente preenchido e assinado pelo médico do Segurado (com firma reconhecida), indicando a data do evento gerador da incapacidade temporária em **QUE**

foi diagnosticada;

c.3) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, comprobatórios do afastamento, incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a incapacidade temporária;

c.4) Documento que comprove o vínculo do Segurado com o Estipulante, ou cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;

c.5) Cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado;

c.6) Cópia autenticada do CPF do Segurado;

c.7) Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado;

c.8) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao Segurado, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente.

c.9) Registro de Ocorrência Policial em caso de acidente;

c.10) Cópia autenticada dos três últimos comprovantes de renda (holerites);

c.11) Comprovante de recebimento do auxílio doença do INSS.

24.6. EVENTUAIS DESPESAS EFETUADAS PELO ESTIPULANTE E/OU PELO SEGURADO RELACIONADAS À COMPROVAÇÃO DO SINISTRO DEVERÃO SER POR ELES SUPOSTADAS.

24.7. A Seguradora pagará a Indenização no prazo de até 30 (trinta) dias contados a partir da entrega de todos os documentos relacionados no item acima ou qualquer outro que vier a solicitar.

24.8. SERÁ SUSPensa A CONTAGEM DO PRAZO ACIMA MENCIONADO CASO A SEGURADORA SOLICITE DOCUMENTAÇÃO OU INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR, FUNDAMENTADA EM DÚVIDA JUSTIFICÁVEL, SENDO QUE A CONTAGEM DO PRAZO VOLTARÁ A CORRER A PARTIR DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL SUBSEQUENTE ÀQUELE EM QUE FOR COMPLETAMENTE ATENDIDA A SOLICITAÇÃO DA SEGURADORA.

24.9. Caso a Indenização não seja paga no prazo previsto, quando do seu pagamento será acrescida de juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano, computados a partir do primeiro dia útil subsequente ao término do prazo, e atualizado pela variação positiva do IPCA/ IBGE ou, no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, será utilizado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC/IBGE, desde a data da ocorrência do Risco Coberto até a data do pagamento da Indenização.

24.10. A base de cálculo da atualização monetária considera a variação positiva do IPCA/IBGE publicado imediatamente anterior à data de exigibilidade e o publicado imediatamente antes da liquidação.

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

24.12. O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

24.13. O RELATÓRIO MÉDICO DEVERÁ TER INFORMAÇÕES E REGISTROS MÉDICOS QUE COMPROVEM O MOMENTO EXATO EM QUE SE ATINGIU O ESTÁGIO DA DOENÇA QUE CARACTERIZE A PERDA DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE DO SEGURADO.

24.14. FICA FACULTADO À SEGURADORA, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICADA, SOLICITAR OUTROS DOCUMENTOS IMPRESCINDÍVEIS À ANÁLISE DO SINISTRO E/OU, SE FOR O CASO, À SUA LIQUIDAÇÃO.

24.15. Eventuais encargos de tradução necessária para a liquidação do Sinistro e referente a documentos em idioma estrangeiro ficarão integralmente a cargo da Seguradora.

24.16. NO CASO DE DIVERGÊNCIAS SOBRE A CAUSA, NATUREZA OU EXTENSÃO DAS LESÕES, BEM COMO DÚVIDA QUANTO AO CORRETO ENQUADRAMENTO DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL DO SEGURADO, POR DOENÇA, QUE CAUSE A PERDA DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE, A SEGURADORA PROPORÁ AO SEGURADO INVÁLIDO, POR MEIO DE CORRESPONDÊNCIA ESCRITA, DENTRO DO PRAZO DE 15 (QUINZE) DIAS A CONTAR DA DATA DA CONTESTAÇÃO, A CONSTITUIÇÃO DE UMA JUNTA MÉDICA.

24.16.1. A REFERIDA JUNTA MÉDICA SERÁ CONSTITUÍDA POR 3 (TRÊS) MEMBROS, SENDO UM NOMEADO PELA SEGURADORA, OUTRO PELO SEGURADO E UM TERCEIRO, DESEMPATADOR, ESCOLHIDO PELOS DOIS NOMEADOS.

24.16.2. CADA UMA DAS PARTES PAGARÁ OS HONORÁRIOS DO MÉDICO QUE TIVER DESIGNADO, SENDO OS HONORÁRIOS DO TERCEIRO MÉDICO PAGOS, EM PARTES IGUAIS, PELO SEGURADO E SEGURADORA.

24.16.3. O PRAZO PARA A CONSTITUIÇÃO DA JUNTA MÉDICA SERÁ DE, NO MÁXIMO, 15 (QUINZE) DIAS A CONTAR DA DATA DA INDICAÇÃO DO MEMBRO NOMEADO PELO SEGURADO.

24.17. NÃO SERÁ PAGA INDENIZAÇÃO COM BASE EM DIAGNÓSTICO FEITO POR MEMBRO DA FAMÍLIA OU POR PESSOA QUE VIVA NA MESMA RESIDÊNCIA DO SEGURADO, INDEPENDENTEMENTE DE SER UM MÉDICO HABILITADO OU PROFISSIONAL DE SAÚDE.

24.18. A SEGURADORA RESERVA-SE O DIREITO DE EFETUAR PERÍCIA, A SER REALIZADA PELO SEU DEPARTAMENTO MÉDICO.

24.19. A INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE DEVERÁ SER COMPROVADA MEDIANTE APRESENTAÇÃO À SEGURADORA, DE DECLARAÇÃO MÉDICA IDÔNEA A ESSA FINALIDADE. A SEGURADORA RESERVA-SE O DIREITO DE SUBMETÊR O SEGURADO A EXAME PARA COMPROVAÇÃO DA INVALIDEZ E/ OU AVALIAÇÃO DO NÍVEL DA INCAPACIDADE, SOB PENA DE NÃO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, CASO O SEGURADO SE RECUSE.

24.20. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA, POR SI SÓ, O ESTADO DE INVÁLIDEZ PERMANENTE PREVISTO NESTA COBERTURA.

24.21. AS INDENIZAÇÕES POR INVALIDEZ TOTAL E/OU PARCIAL POR ACIDENTE NÃO SE ACUMULAM COM A COBERTURA DE POR MORTE ACIDENTAL. SE, DEPOIS DE PAGA UMA INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ POR ACIDENTE, VERIFICAR-SE A MORTE DO SEGURADO OU EM CONSEQUÊNCIA DO MESMO ACIDENTE. A IMPORTÂNCIA JÁ PAGA POR INVALIDEZ PERMANENTE DEVE SER DEDUZIDA DO VALOR DO CAPITAL SEGURO POR MORTE, SE CONTRATADA ESTA COBERTURA

24.22. A REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO PARA A HIPÓTESE DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE SERÁ AUTOMÁTICA QUANDO DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO, SALVO PARA INVALIDEZ PERMANENTE DIRETA OU INDIRETAMENTE DECORRENTE DO MESMO ACIDENTE.

25. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO

25.1. EM NENHUMA HIPÓTESE CABERÁ INDENIZAÇÃO POR PELO VALOR SUPERIOR AO DO CAPITAL SEGURADO DE CADA COBERTURA CONTRATADA.

A) O CAPITAL SEGURADO CONTRATADO PARA CADA COBERTURA DESTINA-SE À COBERTURA DE TODOS OS EMPREGADOS REGISTRADOS DO CONDOMÍNIO SEGURADO. O CAPITAL SEGURADO POR EMPREGADO É CALCULADO DIVIDINDO-SE O CAPITAL SEGURADO GLOBAL DE DETERMINADA COBERTURA PELO NÚMERO TOTAL DE EMPREGADOS REGISTRADOS, EXISTENTES NO MÊS IMEDIATAMENTE ANTERIOR AO DA OCORRÊNCIA DO SINISTRO, CONSTANTES DA GUIA DO FUNDO DE GARANTIA POR TEMPO DE SERVIÇO.

B) NO CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE PESSOAL, O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO SERÁ CALCULADO DE ACORDO COM **TABELA DO ANEXO I**

26. REINTEGRAÇÃO DE COBERTURAS

26.1. O Estipulante poderá elevar o Capital Segurado da(s) respectiva(s) cobertura(s), desde que haja expressa solicitação do Estipulante e anuência formal da Seguradora no prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data do recebimento do pedido pela mesma. A ausência de manifestação da Sul América Seguros neste prazo implicará sua aceitação tácita.

27. DOS BENEFICIÁRIOS

27.1. É livre a indicação dos Beneficiários pelo Segurado, que poderá realizar alterações, inclusões ou exclusões de Beneficiários a qualquer tempo, mediante solicitação por escrito.

27.2. Quando for designado mais de um Beneficiário, o Segurado deverá indicar o percentual da Indenização destinado a cada um deles. Na ausência de distribuição, o pagamento da Indenização será realizado de forma proporcional ao número de Beneficiários.

27.3. O Segurado poderá, a qualquer tempo, substituir os Beneficiários indicados, bem como o percentual de participação de cada um, mediante comunicação por escrito à Seguradora.

27.4. CASO A SEGURADORA NÃO SEJA COMUNICADA OPORTUNAMENTE E FORMALMENTE DA SUBSTITUIÇÃO, PAGARÁ O CAPITAL SEGURADO AOS ANTIGOS BENEFICIÁRIOS DESIGNADOS.

27.5. NÃO HAVENDO EXPRESSA INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS, OU NA FALTA DESTES, SERÃO CONSIDERADOS COMO TAIS OS SUCESSORES LEGÍTIMOS, OBSERVADA A LEGISLAÇÃO VIGENTE.

27.6. NO CASO DAS COBERTURAS DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA E INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - IFPD, PREVISTAS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS, QUANDO HOUVER, O BENEFICIÁRIO SERÁ SEMPRE O PRÓPRIO SEGURADO.

27.7. É válida a instituição de companheiro(a) como Beneficiário, se ao tempo da contratação do seguro a Segurada era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato ou solteiro.

28. DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

28.1. A contratação e/ou a alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Estipulante ou por corretor de seguros habilitado.

28.2. NENHUMA ALTERAÇÃO NESTE SEGURO SERÁ VÁLIDA SE NÃO FOR FEITA, POR ESCRITO, COM A CONCORDÂNCIA DAS PARTES CONTRATANTES.

28.3. POR PARTE DA SEGURADORA, NINGUÉM, EXCETO SUA DIRETORIA, OU PESSOA AUTORIZADA DE CONFORMIDADE COM OS ESTATUTOS SOCIAIS, PODERÁ DECLARAR ACEITAÇÃO DE QUAISQUER MODIFICAÇÕES DO CONTRATO DE SEGURO. ASSIM SENDO, A SEGURADORA NÃO SE RESPONSABILIZA POR QUALQUER INFORMAÇÃO OU PROMESSA QUE ESTIVER ESCRITA E ASSINADA POR PESSOA NÃO AUTORIZADA.

28.4. CASO A SEGURADORA DEIXE DE EXIGIR O CUMPRIMENTO PONTUAL OU INTEGRAL DAS OBRIGAÇÕES DECORRENTES DAS CONDIÇÕES GERAIS OU DE EXERCER QUALQUER DIREITO OU FACULDADE QUE LHE SEJA ATRIBUÍDO, TAL FATO SERÁ INTERPRETADO COMO MERA TOLERÂNCIA, A TÍTULO DE LIBERALIDADE, E NÃO IMPORTARÁ RENÚNCIA AOS DIREITOS OU FACULDADES NÃO EXERCIDOS, NEM EM PRECEDENTE, NOVAÇÃO OU ALTERAÇÃO DE QUALQUER CLÁUSULA OU CONDIÇÃO CONTRATUAL.

28.5. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a Seguradora adotará os procedimentos determinados pela legislação pertinente ou pelos órgãos públicos competentes.

28.6. Os prazos prescricionais relacionados à Apólice serão aqueles previstos na legislação em vigor.

28.7. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios e/ou Indenizações deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

28.8. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

28.9. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

28.10. Para mais informações entre em contato pelos telefones: Central de serviços: Regiões Metropolitanas - 0800.727.5914 - Demais regiões - 4004.5914 , SAC - 0800.970.0027 SAC – deficientes auditivos e de fala - 0800.702.2242 Ouvidoria 0800.725.3374 : Caixa Postal 13738 - Rio de Janeiro - Cep 20210-972 ou visite o site sulamerica.com.br

ANEXO I

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE

| Inv. Permanente | Discriminação | % sobre importância segurada |
|------------------|---|------------------------------|
| Total | Perda total da visão de ambos os olhos | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os membros superiores | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os membros inferiores | 100 |
| | Perda total do uso de ambas as mãos | 100 |
| | Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior | 100 |
| | Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés | 100 |
| | Perda total do uso de ambos os pés | 100 |
| | Alienação mental total e incurável | 100 |
| | Nefrectomia bilateral | 100 |
| Parcial diversas | Perda total da visão de um olho | 30 |
| | Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista | 70 |
| | Surdez total incurável de ambos os ouvidos | 40 |
| | Surdez total incurável de um dos ouvidos | 20 |
| | Fratura não consolidada do maxilar inferior | 20 |
| | Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral | 20 |
| | Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral | 25 |
| | Amputação total do nariz com perda total do olfato | 25 |
| | Perda de substância - Palato mole e duro | 20 |
| | Sistema auditivo - Amputação total de uma orelha | 8 |
| | Sistema auditivo - Amputação total das duas orelhas | 12 |

| Inv. Permanente | Discriminação | % sobre importância segurada |
|--|--|------------------------------|
| Parcial Diversas | Tórax - Aparelho Respiratório | |
| | - Sequelas pós-traumáticas pleurais | 10 |
| | - Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total) – com: | |
| | - função respiratória preservada | 12 |
| | - redução em grau mínimo da função respiratória | 25 |
| | - redução em grau médio da função respiratória | 50 |
| | - insuficiência respiratória | 75 |
| | Tórax - Mamas femininas - Mastectomia total unilateral | 10 |
| | Tórax - Mamas femininas - Mastectomia total bilateral | 20 |
| | Tórax - Abdome (Órgãos e vísceras) - Gastrectomia subtotal | 20 |
| | Tórax - Abdome (Órgãos e vísceras) - Gastrectomia total | 40 |
| | Tórax – Intestino delgado - Ressecção parcial | 20 |
| | Tórax – Intestino delgado - Ressecção parcial com síndrome disabsortiva e/ou ileostomia definitiva | 40 |
| | Tórax – Intestino grosso - Colectomia parcial | 20 |
| | Tórax – Intestino grosso - Colectomia total | 40 |
| | Tórax – Intestino grosso - Colostomia definitiva | 40 |
| | Tórax - Reto e ânus - Incontinência fecal sem prolapso | 30 |
| | Tórax - Reto e ânus - Incontinência fecal com prolapso | 40 |
| | Tórax - Fígado - Lobectomia hepática sem alteração funcional | 10 |
| | Tórax - Fígado - Lobectomia com insuficiência hepática | 75 |
| | Síndromes neurológicas - Epilepsia pós-traumática | 20 |
| Síndromes neurológicas - Derivação ventrículo-peritoneal (por hidrocefalia pós-traumática) | 20 | |
| Síndromes neurológicas - Síndrome pós-concussional | 5 | |

| | | |
|---|---|----|
| Parcial Membros Superiores | Perda total de 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. | | |

| Inv. Permanente | Discriminação | % sobre importância segurada |
|----------------------------------|---|------------------------------|
| Parcial Membros Inferiores | Perda total do uso de um dos membros inferiores | 70 |
| | Perda total do uso de um dos pés | 50 |
| | Fratura não consolidada de um fêmur | 50 |
| | Fratura não consolidada de um dos segmentos tibioperoneiros | 25 |
| | Fratura não consolidada da rótula | 20 |
| | Fratura não consolidada de um pé | 20 |
| | Anquilose total de um dos joelhos | 20 |
| | Anquilose total de um dos tornozelos | 20 |
| | Anquilose total de um quadril | 20 |
| | Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé | 25 |
| | Amputação do 1º (primeiro) dedo | 10 |

| | |
|---|----|
| Amputação de qualquer outro dedo | 3 |
| Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 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. | |

ANEXO II

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF TABELA DE RELAÇÕES EXISTÊNCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

| ATRIBUTOS | ESCALAS | PONTOS |
|--|--|--------|
| RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO | 1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR. | 00 |
| | 2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO. | 10 |
| | 3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL. | 20 |
| CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO | 1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS. | 00 |
| | 2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO. | 10 |
| | 3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO. | 20 |

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

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E MORBIDADE

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