



Sicoob Seguradora de Vida e Previdência S.A

(CNPJ: 26.314.512/0001-16)

SEGURO DE PESSOAS EM GRUPO (15414.601711/2020-63) CONDIÇÕES GERAIS – VIDA EMPRESARIAL - CAPITAL GLOBAL

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1 Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou aos seus beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas coberturas contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas às condições contratuais.**

1.2 Devido à natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate ou devolução de quaisquer prêmios pagos, exceção feita ao disposto no item II do item 6.1, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações no período.

2. DEFINIÇÕES

2.1 Para efeito destas condições gerais, considera-se:

2.2 Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tendo como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

2.2.1 Incluem-se nesse conceito:

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

2.2.2 Excluem-se desse conceito:

- a) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;
- 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 micro traumas 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-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

- e
- 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 neste item.

2.3 Apólice: documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo estipulante/subestipulante;

2.4 Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro;

2.5 Capital Segurado Global: é o valor contratado pelo estipulante/subestipulante que servirá como base de cálculo do Capital Segurado Individual e do Prêmio;

2.6 Capital Segurado Individual: é o valor apurado a partir do Capital Segurado Global de acordo com o disposto no item 10 destas Condições Gerais, vigente na data do sinistro, e que servirá de base para o cálculo da indenização.

2.7 Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização;

2.8 Coberturas: são as obrigações que a seguradora assume perante o segurado quando da ocorrência de um evento coberto;

2.9 Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, condições especiais, da apólice e do contrato.;

2.10 Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;

2.11 Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários;

2.12 Contrato: instrumento jurídico firmado entre o estipulante/subestipulante e a seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante/subestipulante, da seguradora, dos segurados, e dos beneficiários;

2.13 Estipulante/Subestipulante: pessoa jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor;

2.14 Evento Coberto: é o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas coberturas contempladas nestas condições gerais;

2.15 Franquia: é o 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;

2.16 Formulário de Aviso de Sinistro: é o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à seguradora;

2.17 **Grupo Segurado:** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;

2.18 **Grupo Segurável:** é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante/subestipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva;

2.19 **Hospital:** é o estabelecimento legalmente habilitado, constituído e licenciado no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico, clínico e/ou cirúrgico de seus pacientes. Não se entende como estabelecimento hospitalar, clínicas, creches, casas de repouso ou casas de convalescença para idosos, ou local que funcione como centro de tratamento para dependentes do uso de drogas e/ou álcool, exceto casos previamente autorizados pela seguradora;

2.20 **Indenização:** valor que a seguradora deverá pagar ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado;

2.21 **Início de Vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela seguradora;

2.22 **Médico Assistente:** é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

2.23 **Nota Técnica Atuarial:** documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;

2.24 **Período de Cobertura:** aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;

2.25 **Prazo de Carência:** período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados;

2.26 **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;

2.27 **Prêmio Puro:** valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento e os impostos;

2.28 **Proponente:** o interessado em contratar a cobertura;

2.29 **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 as coberturas, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais;

2.30 **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;

2.31 **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais ou nas condições especiais, que não serão cobertos pelo plano;

2.32 **Segurado:** pessoa física sobre a qual se estabelecerá o seguro;

2.33 **Segurado Principal:** é o segurado que mantém vínculo com o estipulante ou subestipulante;

2.34 **Segurados Dependentes:** são os filhos, enteados ou menores considerados dependentes do segurado principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda e o cônjuge, quando incluídos no seguro.

2.35 **Seguradora:** é a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às coberturas contratadas, nos termos destas condições gerais;

2.36 **Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

3. COBERTURAS DO SEGURO

3.1 Poderão ser contratadas as seguintes coberturas:

- a) **Morte (M):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro.
- b) **Morte Acidental (MAC):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por acidente pessoal coberto ocorrido durante a vigência deste seguro.
- c) **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrido durante a vigência deste seguro.
- d) **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPDA):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que cause a perda da existência independente do segurado, correspondente à antecipação do capital segurado da cobertura de Morte.
- e) **Auxílio Funeral Complementar (AFC):** Corresponde ao reembolso das despesas havidas como funeral do segurado ou a prestação do serviço de assistência funeral, até o limite do capital segurado contratado.
- f) **Auxílio Funeral Dedutível (AFD):** Corresponde ao reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado ou a prestação do serviço de assistência funeral, até o limite do capital segurado contratado. O valor pago a título de auxílio funeral será descontado quando do pagamento da cobertura de Morte.
- g) **Adiantamento por Doença Terminal (ADT):** Corresponde à antecipação do pagamento de um percentual da indenização relativa à cobertura de morte caso seja verificado o estado terminal da doença do segurado, para auxiliá-lo no tratamento;
- h) **Rescisão Contratual e Realocação de Pessoal por Morte (RCM):** É a garantia de pagamento de uma indenização ao Estipulante ou Subestipulante, conforme definido em contrato, até o limite de capital segurado contratado, referente às despesas com rescisão e realocação em decorrência da morte do segurado;
- i) **Despesas Extras por Morte (DEM):** É a garantia de pagamento de uma indenização ao Estipulante ou Subestipulante, conforme definido em contrato,

até o limite de capital segurado contratado, referente à eventuais despesas em decorrência da morte do segurado;

- j) **Auxílio Alimentação (AALI):** Corresponde ao pagamento de uma indenização, caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, para auxiliar na alimentação da família;
- k) **Doença Congênita dos Filhos (DCF):** É a garantia do pagamento de uma indenização ao segurado, caso seu filho venha a nascer com alguma doença congênita;
- l) **Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente (DMHO):** garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto;
- m) **Diária de Incapacidade Temporária por Acidente (DITA):** É a garantia do pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e a franquia definidas, e observado o limite de diárias e as condições contratuais do seguro.

3.2 As coberturas de IFPDA, Auxílio Funeral Dedutível, Adiantamento por Doença Terminal, Rescisão Contratual por Morte e Despesas Extras por Morte só poderão ser contratadas juntamente com a cobertura de Morte.

3.3 As coberturas de DMHO e DITA só poderão ser contratadas juntamente com a cobertura de Morte Acidental.

3.4 A cobertura de Adiantamento por Doença Terminal não poderá ser contratada juntamente com a cobertura de IFPDA.

3.5 Somente poderão ser contratadas pelos dependentes as coberturas de Morte, Morte Acidental, IPA, Auxílio Funeral Dedutível e Adiantamento por Doença Terminal.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Estão expressamente excluídos de todas as coberturas deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de doenças preexistentes à contratação do seguro de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de contratação;
- d) prática, por parte do segurado, dos beneficiários ou pelo representante de um e de outro, de atos ilícitos dolosos ou por culpa grave, equiparável ao dolo, ou atos contrários à lei, inclusive a direção de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares, sem a devida habilitação legal;

- e) de acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- f) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, exceto quando do exercício de serviço militar, da prática de atos de humanidade em auxílio de outrem, utilização de meio de transporte mais arriscado ou da prática de esporte;
- g) gravidez e suas intercorrências, bem como parto ou aborto, exceto se decorrentes de acidente pessoal coberto;
- h) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo e suas consequências;
- i) epidemias e/ou pandemias declaradas por órgão competente; e
- j) mutilação voluntária e premeditada ou sua tentativa, exceto em caso de suicídio ou sua tentativa após os primeiros dois anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspensão.

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

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

5.1 As coberturas do seguro previstas nestas condições gerais aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5.2 Os eventos relativos à cobertura de Auxílio Funeral Dedutível serão garantidos em qualquer parte do globo terrestre, somente na forma de reembolso. Quando da opção pela prestação de serviços constante das condições especiais, estes somente serão prestados em território brasileiro.

6. CARÊNCIAS

6.1 O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão, sendo estabelecido no contrato e, não poderá exceder a 24 (vinte e quatro) meses contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspensão.

- a) Não haverá carência para acidentes pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, que deverá observar carência de 24 (vinte e quatro) meses.
- b) Com a ocorrência de qualquer evento durante o período de carência, serão devolvidos ao segurado ou ao(s) beneficiário(s), os prêmios puros do seguro atualizados pela variação do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do recebimento dos prêmios e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no item 12.1.
- c) O pagamento antecipado dos prêmios não reduz o período de carência do plano.**
- d) Com exceção do caso da carência para o suicídio, não poderá ser estipulado prazo de carência superior à metade da vigência constante da apólice.
- e) Para a cobertura de Doença Congênita de Filhos, se contratada, a carência será de 9 (nove) meses a partir da vigência do risco individual, isto é, somente estarão cobertos por esta garantia os filhos nascidos após 9 (nove) meses do início de vigência.**

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO

7.1 Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura da proposta de adesão do proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado, na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais, bem como a entrega dos documentos que a seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis.

- a) Recebida a proposta de contratação pela seguradora, com todos os documentos exigidos para análise dos riscos, terá início um período de 15 (quinze) dias, no qual a seguradora avaliará o risco.
- b) A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação.
- c) Caso não haja manifestação contrária da Seguradora no prazo de 15 (quinze) dias do recebimento da proposta de contratação, o seguro estará automaticamente aceito.
- d) Caso haja recusa da proposta, a Seguradora deverá enviar comunicação por escrito ao proponente, devidamente fundamentada na legislação e regulamentação aplicáveis. Considerar-se-á como data da recusa da Proposta, para todos os efeitos legais, a data do recebimento da comunicação pelo proponente, conforme constante no aviso de recebimento.
- e) Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de prêmio, a Seguradora restituirá o proponente e/ou o Estipulante, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data da formalização da recusa. O proponente terá a cobertura do seguro entre a data de recebimento da proposta com o adiantamento do prêmio por parte da seguradora e a data da formalização de recusa. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado pela variação do índice do plano, apurado entre o último índice publicado antes da data do pagamento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição.

7.2 Além do disposto no item 7.1, cada segurado deverá satisfazer as seguintes condições para ingressar no seguro:

- a) ter no máximo 70 anos de idade completos na data de protocolo da proposta de contratação na seguradora, sendo esta válida também para os segurados dependentes; e
- b) estar em plena atividade profissional.

7.3 Para o caso de inclusões de segurados após a contratação do seguro, as condições estabelecidas nas alíneas “a” e “b” do caput também deverão ser atendidas.

7.4 Para contratação e manutenção do grupo, deverá ser observado um número mínimo de segurados a ser estabelecido pela seguradora, o qual constará proposta de contratação.

7.5 O grupo segurado será constituído pela totalidade dos empregados e prestadores de serviços constantes da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social mais os Sócios e Diretores que constem do Contrato Social da Empresa e estagiários com contrato de estágio com a empresa, de acordo com a opção do subestipulante na proposta de contratação, sendo excluídos os maiores de 70 (setenta) anos e os afastados no momento da contratação e em cada uma das inclusões, conforme disposto no item 7.2.

7.6 A cada estipulante/subestipulante incluído no seguro será enviado uma apólice, assinada pelos representantes legais da seguradora, além da apólice, observados os elementos mínimos contidos na legislação vigente.

7.7 A inclusão de segurados dependentes poderá ser feita de forma automática e abrangerá todos os cônjuges e/ou filhos dos segurados principais.

7.8 São equiparadas(os) aos cônjuges, as(os) companheiras(os) dos segurados principais, desde que haja concordância com a anotação feita na carteira profissional. Os segurados principais pertencentes a categorias profissionais para as quais não são expedidas carteiras profissionais poderão incluir no seguro as(os) companheiras(os), quando estas(es) estiverem registradas(os) de acordo com regulamentação própria.

7.9 São equiparados aos filhos os enteados e menores considerados dependentes econômicos do segurado principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda.

7.10 Quando os segurados principais tiverem dependentes comuns, estes somente podem ser incluídos uma única vez, e serão considerados como dependentes daquele de maior capital segurado na soma das coberturas contratadas, sendo este denominado de segurado principal.

8. VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

8.1 O início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas do dia de implantação da proposta, para aqueles empregados e prestadores de serviço que fizerem parte da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês da assinatura da proposta de contratação e para os Sócios e Diretores que constem do Contrato Social da Empresa e estagiários com contrato de estágio, observadas as restrições contidas no item 7.2. O fim de vigência da cobertura individual não poderá ultrapassar a vigência da apólice.

- a) Os que estiverem afastados do trabalho na data de contratação do seguro e para os novos funcionários, prestadores de serviços, estagiários, sócios e diretores e seus dependentes, se for o caso, o início de vigência da cobertura individual se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia do pagamento do prêmio relativo ao mês de seu retorno ao trabalho ou de sua contratação pelo estipulante/subestipulante, observado o disposto no item 7.2. e a necessidade de fazer parte da GFIP ou do Contrato Social ou do Contrato de Estágio.
- b) O segurado principal afastado do trabalho para tratamento de saúde, cujo início do afastamento tenha ocorrido durante a vigência deste seguro, estará amparado por todas as garantias de seu plano, respeitado os períodos de franquia e carência.

8.2 As propostas que tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio terão seu início de vigência a partir da data de recepção da proposta.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

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

9.2 A vigência do seguro constará da apólice, sendo renovada automaticamente, uma única vez, salvo se a seguradora ou o estipulante/subestipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias comunicar por escrito o desinteresse pela mesma.

- a) Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante/subestipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam ao final de vigência do seguro.
- b) Com exceção da primeira renovação, a qual poderá ser feita de forma automática, nas demais é obrigatório o consentimento expresso.
- c) A renovação do seguro que não implicar em ônus, deveres adicionais ou redução de direito para os segurados poderá ser feita pelo estipulante/subestipulante.
- d) Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados, ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado.

10. Capital Segurado

10.1 O valor do Capital Segurado Global será aquele determinado pelo Subestipulante/Estipulante na proposta de contratação, expresso em moeda corrente nacional.

10.2 As coberturas para cônjuge e filhos, quando contratadas, poderão abranger apenas as coberturas de Morte e Auxílio Funeral Dedutível e o capital segurado será equivalente a:

- a) Cônjuge: limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado individual da cobertura de Morte do segurado principal, de acordo com o estabelecido na proposta de contratação; e
- b) Filhos: limitado a 100% (cem por cento) do capital segurado individual da cobertura de Morte do segurado principal, por filho, de acordo com o estabelecido na proposta de contratação.

10.3 A cobertura para cônjuge e filhos não poderá ser contratada caso o segurado principal não adquira a cobertura de Morte ou Morte Acidental.

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

10.5 O capital segurado individual será uniforme e igual ao resultado da divisão do capital segurado global contratado pelo estipulante/subestipulante, pelo número total de segurados, ou seja, o grupo de empregados e prestadores de serviço constantes da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do estipulante/subestipulante, mais os sócios e diretores que constem do Contrato Social da Empresa e os estagiários com contrato de estágio, do mês da ocorrência do evento gerador, observadas as restrições constantes do item 7.2.

10.6 Também serão considerados no total de segurados, aqueles funcionários e prestadores de serviço afastados por motivo de doença ou acidente, desde que o tenham sido durante a vigência do seguro, mesmo que não constem da GFIP.

11. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

11.1 Os capitais segurados e os prêmios correspondentes serão atualizados monetariamente, anualmente, no mês de aniversário da data de assinatura da proposta de contratação, pelo IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo), acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao da atualização.

11.2 Caso o estipulante/subestipulante tenha optado pela periodicidade anual do pagamento dos prêmios, o capital segurado será atualizado desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, observado o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) acumulado, proporcional ao número de meses decorridos desde a última atualização.

11.3 Além da atualização monetária, o valor dos prêmios será recalculado periodicamente para adaptar o risco atingido pelo grupo de segurados, podendo a seguradora alterar a taxa, com a finalidade de manter o equilíbrio atuarial, financeiro e econômico.

- a) As taxas adotadas no plano, bem como os critérios técnicos e a data de recálculo, constarão da apólice.
- b) Quando ocorrerem modificações substanciais na composição do grupo, como por exemplo, redução de 70% (setenta por cento) do grupo com relação ao grupo implantado, a seguradora recalculará as novas taxas.
- c) As reavaliações dispostas no caput e no § 2º. deverão ser realizadas por endosso à apólice, observando-se que a modificação da apólice em vigor que implicar 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.
- d) Quando a alteração não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, esta pode ser realizada apenas com a anuência do estipulante/subestipulante.

12. APLICABILIDADE DE MORA

12.1 Os valores relativos às obrigações pecuniárias da seguradora serão acrescidos de juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, quando o prazo de sua liquidação superar o prazo fixado no item 18.3, sendo efetuada a partir do primeiro dia posterior ao término do referido prazo.

12.2 Para este plano não será adotada multa.

13. PAGAMENTO DE PRÊMIO

13.1 O custeio do seguro será não contributivo, onde os segurados não pagam prêmio e o valor do prêmio será estabelecido em função do capital global estabelecido pelo estipulante/subestipulante multiplicado pela taxa estabelecida pela seguradora.

13.2 Os prêmios serão pagos mensalmente, trimestralmente, semestralmente ou anualmente, de acordo com o estabelecido na proposta de contratação.

- a) No caso de cancelamento do plano de seguro, será devolvida a parcela de prêmio proporcional aos meses correspondentes ao risco ainda a decorrer, em função do prazo a que se refere o prêmio pago. O valor a ser devolvido será atualizado pelo indexador do plano desde a data do pagamento do prêmio até a data da efetiva devolução.
- b) Os prêmios poderão ser pagos pelo estipulante/subestipulante, com débito em conta corrente, conforme definido na proposta de contratação.
- c) Qualquer indenização somente passa a ser devida depois do pagamento do respectivo prêmio, que deve ser realizado até a data estabelecida na proposta de contratação. No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das coberturas.
- d) Servirá de comprovante de pagamento de prêmios o débito efetuado em conta bancária devidamente compensado.

14. SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

14.1 Se, após a data estabelecida para pagamento do prêmio, este não tiver sido quitado, as coberturas deste seguro estarão suspensas a partir do primeiro dia de vigência do período de cobertura a que se referir à cobrança, ficando o segurado e seus beneficiários sem direito a receber indenização referente a qualquer cobertura contratada no caso de ocorrência do sinistro.

- a) O segurado poderá ter a cobertura reabilitada no prazo máximo de 90 (noventa) dias a contar da data de vencimento do primeiro prêmio devido e não pago, mediante quitação do prêmio do risco a decorrer e, as coberturas serão restabelecidas a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que estipulante/subestipulante retomar o pagamento do prêmio, respondendo a seguradora, nesta hipótese, por todos os sinistros ocorridos a partir de então.
- b) No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dá com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura, conforme estabelecido nestas condições gerais.

15. CANCELAMENTO DO SEGURO

15.1 Na hipótese de qualquer parcela referente ao prêmio do seguro não ser pago no período especificado para reabilitação das coberturas constante no § 1º do artigo 30, o seguro ficará automaticamente cancelado, não produzindo efeitos, direitos ou obrigações, desde a data de inadimplência, não cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

15.2 O período em que a cobertura estiver suspensa não será considerado para efeito de cumprimento do período de carência, sendo retomada a contagem deste no momento da reabilitação da cobertura.

15.3 O contrato de seguro poderá, ainda, ser rescindido a qualquer tempo durante sua vigência, mediante acordo entre as partes contratantes, com a anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

16. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

16.1 A cobertura individual cessa ao final do prazo de vigência do seguro, se este não for renovado, observada a limitação constante no item 9.2 destas condições gerais.

16.2 Respeitando o período correspondente ao prêmio pago, as coberturas do segurado cessam, ainda:

- a) automaticamente com o cancelamento da apólice;
- b) quando o estipulante/subestipulante solicitar a exclusão do segurado da apólice;
- c) com o recebimento de 100% (cem por cento) do capital segurado da cobertura de morte ou morte acidental;

16.3 Além das situações mencionadas acima, a cobertura de cada segurado dependente cessa:

- d) se o segurado principal deixar o grupo segurado;
- e) no caso de cessação da condição de dependente;
- f) se for cancelada a cobertura de cônjuge e filhos pelo estipulante/subestipulante; ou
- g) com a inclusão do segurado dependente no grupo segurável como principal.

17. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

17.1 O Segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco.

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

17.3 Se a inexistência ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé, a seguradora poderá:

- I. na hipótese de não ocorrência do sinistro:
 - a) cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela
 - b) proporcional ao tempo decorrido; ou
 - c) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.
- II. na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:
 - a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou
 - b) mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença 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 de sinistro com pagamento integral do capital segurado:
 - a) cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

17.4 O segurado é obrigado a comunicar a seguradora, logo que saiba, todo incidente suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se for provado que silenciou de má-fé. Contudo, a seguradora não utilizará a informação de agravamento do risco para alterar direitos e deveres ora previstos nestas Condições Gerais, incluindo a decisão de restringir a cobertura ou cobrar a diferença de prêmio.

- a) O cancelamento só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação.
- b) Caso haja diferença de prêmio, esta será restituída ao estipulante/subestipulante, corrigida pela variação do indexador previsto no plano, além de juros de mora.

18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

18.1 Os documentos para liquidação de sinistros constam das condições especiais para cada cobertura.

18.2 A partir da entrega de toda a documentação básica exigível, listada nas condições especiais das coberturas, por parte do segurado ou beneficiários, a seguradora terá o prazo de até 30 (trinta) dias para liquidação do sinistro.

18.3 É facultada à seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos que julgar necessários à apuração do sinistro.

18.4 A contagem do prazo para liquidação do sinistro será suspensa a partir da data de solicitação dos documentos e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em forem completamente atendidas as exigências.

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

- a) A junta médica de que trata o caput deste artigo será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- b) Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.
- c) 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.

18.6 Todas as despesas com a comprovação do sinistro correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados pela seguradora, ou de providências determinadas pela mesma. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

18.7 O segurado ao ingressar no plano, 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-se laudos dos exames, estarão disponíveis apenas para o segurado, seu médico e a seguradora.

18.7 A indenização devida e não paga, no prazo disposto no item 18.5, será atualizada monetariamente da data do evento gerador até a data do efetivo pagamento pelo índice estabelecido no plano.

18.8 Considerando o disposto no caput deste artigo, a atualização será efetuada com base na variação positiva apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva

liquidação, estando ainda sujeito à aplicação de mora, conforme disposto no item 12.1.

18.9 As indenizações referentes às coberturas contratadas serão pagas sob a forma de pagamento único.

19. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

19.1 São obrigações do estipulante/subestipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora;
- b) manter a seguradora informada a respeito dos segurados, alteração no risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) pagar os prêmios à seguradora nos prazos estabelecidos contratualmente;
- e) repassar aos segurados todos os avisos e comunicações inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração, discriminando o nome da seguradora responsável pelo risco nesses documentos;
- f) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- g) dar ciência aos segurados dos prazos e procedimentos para a liquidação de sinistros;
- h) comunicar de imediato a SUSEP quaisquer procedimentos que considere irregulares quanto ao seguro contratado; e
- i) fornecer a SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado.

20. DISPOSIÇÕES GERAIS

20.1 No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora adotará como índice substitutivo o IPCA.

20.2 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.

20.3 Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso.

20.4 Qualquer alteração na apólice que implique em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados dependerá de anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

20.5 Quando a alteração não implicar em ônus, dever ou redução de direitos para os segurados, esta pode ser realizada apenas com a anuência do estipulante/subestipulante.

20.6 A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

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

20.9 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.

20.8 Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

21. FORO

21.1 As questões judiciais, entre o segurado ou beneficiário e a seguradora, serão processadas no foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

21.2 Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no caput deste artigo.

Rio de Janeiro, 15 de janeiro de 2020.

NELSON EMILIANO COSTA

Atuário Responsável

MIBA 1068

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE (M)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, se estabelecido, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

1.2 O pagamento aos menores de 14 (quatorze) anos destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

1.3 As coberturas de IFPDA, Auxílio Funeral Dedutível e Adiantamento por Doença Terminal não se acumulam com a cobertura de Morte.

1.4 Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de morte a data do falecimento do segurado.

3. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

3.1 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste artigo colhidos, conforme o caso, com os segurados ou beneficiários:

I. EM CASO DE MORTE NATURAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;
- d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;
- e) Formulário Declaração Médica de Morte Natural, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;
- f) documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- g) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- h) cópia da carteira de identidade e CPF;
- i) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- j) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- k) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- l) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- m) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

- n) cópia da FRE – Ficha de Registro do Empregado;
- o) cópia da GRE – Guia de Recolhimento do Empregado e cópia da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês anterior ao evento;
- p) cópia do Contrato Social da Empresa, no caso de existirem sócios e/ou diretores no grupo segurado;
- q) cópia do contrato de prestação de serviço, no caso de existirem prestadores de serviço no grupo segurado e estes não constarem da GFIP;
- r) cópia dos Contratos de Estágio, no caso de existirem estagiários no grupo segurado; e
- s) cópia do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, caso algum empregado esteja afastado por motivo de doença ou acidente, como forma de comprovar o afastamento.

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;
- d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;
- e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- f) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- h) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;
- i) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- j) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- k) cópia da carteira de identidade e CPF;
- l) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- m) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- n) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- o) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

- p) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;
- q) cópia da FRE – Ficha de Registro do Empregado;
- r) cópia da GRE – Guia de Recolhimento do Empregado e cópia da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês anterior ao evento (no caso do capital segurado global);
- s) cópia do Contrato Social da Empresa, no caso de existirem sócios e/ou diretores no grupo segurado;
- t) cópia do contrato de prestação de serviço, no caso de existirem prestadores de serviço no grupo segurado e estes não constarem da GFIP;
- u) cópia dos Contratos de Estágio, no caso de existirem estagiários no grupo segurado; e
- v) cópia do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, caso algum empregado esteja afastado por motivo de doença ou acidente, como forma de comprovar o afastamento.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1 Os beneficiários serão aqueles constantes na FRE - Ficha de Registro de Empregado, em poder do estipulante/ subestipulante, podendo ser substituídos a qualquer tempo mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio segurado. Para os prestadores de serviço, estagiários e sócios ou diretores, no caso de não existir nenhuma ficha de registro na empresa, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida à ordem de vocação hereditária, sendo, ainda, observado o disposto na Legislação Específica. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

4.2 Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

4.3 No caso de morte do dependente, o beneficiário será o segurado principal.

4.4 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), as indenizações referentes à cobertura do(s) segurado(s) principal e dependente(s) deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL (MAC)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a falecer por causas acidentais, durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

1.2 O pagamento aos menores de 14 (quatorze) anos destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:

- a) incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e
- b) não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

1.3 Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de morte acidental a data do acidente.

3. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

3.1 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste artigo colhidos, conforme o caso, com os segurados ou beneficiários:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;
- d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;
- e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- f) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- h) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;
- i) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- j) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- k) cópia da carteira de identidade e CPF;
- l) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- m) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- n) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- o) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- p) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

- q) cópia da FRE – Ficha de Registro do Empregado;
- r) cópia da GRE – Guia de Recolhimento do Empregado e cópia da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês anterior ao evento (no caso do capital segurado global);
- s) cópia do Contrato Social da Empresa, no caso de existirem sócios e/ou diretores no grupo segurado;
- t) cópia do contrato de prestação de serviço, no caso de existirem prestadores de serviço no grupo segurado e estes não constarem da GFIP;
- u) cópia dos Contratos de Estágio, no caso de existirem estagiários no grupo segurado; e
- v) cópia do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, caso algum empregado esteja afastado por motivo de doença ou acidente, como forma de comprovar o afastamento.

4.BENEFICIÁRIOS

4.1 Os beneficiários serão aqueles constantes na FRE - Ficha de Registro de Empregado, em poder do estipulante/ subestipulante, podendo ser substituídos a qualquer tempo mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio segurado. Para os prestadores de serviço, estagiários e sócios ou diretores, no caso de não existir nenhuma ficha de registro na empresa, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida à ordem de vocação hereditária, sendo, ainda, observado o disposto na Legislação Específica. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

4.2 Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

4.3 No caso de morte do dependente, o beneficiário será o segurado principal.

4.4 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), as indenizações referentes à cobertura do(s) segurado(s) principal e dependente(s) deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, relativa à perda, redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física, causada por acidente coberto, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

1.2 Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

1.3 A cobertura de IPA deverá ser avaliada após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e, se neste caso, for verificada a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a seguradora pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a tabela abaixo:

TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
Invalidez Permanente	Discriminação	% 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 um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Perda total de ambos os rins	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

	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Perda total de um rim	15
	Amputação total do nariz	25
	Amputação total de uma orelha	8
	Amputação total de ambas as orelhas	12
	Perda do baço	15
	Perda de um ovário	6
	Perda de dois ovários	20
	Perda de um testículo	6
	Perda de dois testículos	12
	Amputação traumática do pênis	40
	Mastectomia total de um seio	10
	Mastectomia total de dois seios	20
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 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 a 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		

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

1.5 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% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento), respectivamente.

1.6 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 ou atividade.

1.7 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).

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

1.9 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.

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

1.11 A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de IPA a data do acidente.

3. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

3.1 Em caso de sinistro coberto, o segurado deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de invalidez dos dependentes menores;
- d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de invalidez do cônjuge;
- e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- f) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- g) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;
- h) Formulário Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido com firma reconhecida;
- i) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;
- j) radiografias, se houver;
- k) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- l) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- m) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

- n) cópia da FRE – Ficha de Registro do Empregado;
- o) cópia da GRE – Guia de Recolhimento do Empregado e cópia da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês anterior ao evento (no caso do capital segurado global);
- p) cópia do Contrato Social da Empresa, no caso de existirem sócios e/ou diretores no grupo segurado;
- q) cópia do contrato de prestação de serviço, no caso de existirem prestadores de

- serviço no grupo segurado e estes não constarem da GFIP;
- r) cópia dos Contratos de Estágio, no caso de existirem estagiários no grupo segurado; e
 - s) cópia do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, caso algum empregado esteja afastado por motivo de doença ou acidente, como forma de comprovar o afastamento.

4.BENEFICIÁRIOS

4.1 O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – ANTECIPAÇÃO (IFPDA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 É a garantia do pagamento de uma indenização ao próprio segurado, correspondente à antecipação do capital segurado contratado para a cobertura de morte, em caso de invalidez funcional permanente total por doença, que cause a perda da existência independente do segurado, ocorrida durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

1.2 Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

2. GLOSSÁRIO

2.1 Segue abaixo as definições referentes aos termos utilizados nestas condições especiais:

- a) Agravo Mórbido: Piora de uma doença;
- b) 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;
- c) Aparelho Locomotor: Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano;
- d) Atividade Laborativa: Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda;
- e) Auxílio: A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico;
- f) Ato Médico: Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina;
- g) Cardiopatia Grave: Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”;
- h) Cognição: Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.;
- i) Conectividade com a Vida: Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca;
- j) Consumção: Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença;
- k) Dados Antropométricos: No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado;
- l) Deambular: Ato de andar livremente sem qualquer tipo de auxílio;
- m) Declaração Médica: Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos;

- n) Deficiência Visual: Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal;
 - o) Disfunção Imunológica: Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença;
 - p) Doença Crônica: Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado;
 - q) Doença Crônica em Atividade: Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento;
 - r) Doença Crônica de Caráter Progressivo: Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento;
 - s) Doença em Estágio Terminal: Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente;
 - t) Doença Neoplásica Maligna Ativa: Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação; São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade;
-
- u) Doença Profissional: Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão;
 - v) Estados Conexos: Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo;
 - w) Etiologia: Causa de cada doença;
 - x) Fatores de Risco e Morbidade: Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage;
 - y) Hígido: Saudável;
 - z) Médico Assistente: Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada;
 - aa) Prognóstico: Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença;
 - bb) Quadro Clínico: Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente;
 - cc) Recidiva: Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento;
 - dd) Refratariedade Terapêutica: Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído;
 - ee) Relações Existenciais: Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida;
 - ff) Sentido de Orientação: Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca;
 - gg) Sequela: Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença; e
 - hh) Transferência Corporal: Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. COBERTURA

3.1 A perda da existência independente será caracterizada pela ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno

exercício das relações autonômicas do segurado. Este quadro clínico incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no art. 12 destas condições especiais.

3.2 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 favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
- i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

3.3 Outros quadros clínicos incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de instrumento de avaliação de invalidez funcional - IAIF (Anexo às Condições Gerais) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.

3.4 O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

3.5 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.

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

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

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

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

3.10 A cobertura de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – Antecipação (IFPDA) somente poderá ser adquirida se a cobertura de Morte for contratada.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

4.1 Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal; e
- b) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

5. NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

5.1 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.

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

6. CAPITAL SEGURADO

6.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data indicada pelo médico assistente na declaração médica.

6.2 A data da invalidez funcional permanente e total por doença será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

7.1 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o segurado deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

- a) Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo segurado, onde este deverá comunicar à seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante;
- b) Declaração Médica, assinada pelo médico assistente, indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (data do sinistro). Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido nos arts. 4, 5 e 6 destas condições especiais;
- c) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- d) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- e) Formulário Declaração Médica de Invalidez por Doença, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;
- f) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;
- g) Relatório do médico assistente do segurado:
 - indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
 - detalhando o quadro clínico incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado.
- h) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

- i) cópia da FRE – Ficha de Registro do Empregado;
- j) cópia da GRE – Guia de Recolhimento do Empregado e cópia da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês anterior ao evento (no caso do capital segurado global);
- k) cópia do Contrato Social da Empresa, no caso de existirem sócios e/ou diretores no grupo segurado;
- l) cópia do contrato de prestação de serviço, no caso de existirem prestadores de serviço no grupo segurado e estes não constarem da GFIP;
- m) cópia dos Contratos de Estágio, no caso de existirem estagiários no grupo segurado; e

- n) cópia do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, caso algum empregado esteja afastado por motivo de doença ou acidente, como forma de comprovar o afastamento.

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

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

8. CANCELAMENTO DO SEGURO

8.1 Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da básica (morte), seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro.

9. BENEFICIÁRIOS

9.1 O próprio segurado será o beneficiário.

**ANEXO DA COBERTURA DE
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA (IFPDA)
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF
TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS
E DE ESTADOS CONEXOS**

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM 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 E DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1° GRAU:</p> <p>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.</p>	00
	<p>2° GRAU:</p> <p>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).</p>	10
	<p>3° GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

DOCUMENTO 2

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL COMPLEMENTAR

1) OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Esta cobertura garante o reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado principal ou dos segurados dependentes, até o limite do capital segurado contratado para a cobertura de morte caso este(s) venha(m) a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, se estabelecido, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

2) CAPITAL SEGURADO

2.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado.

3) LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

3.1 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste artigo colhidos, conforme o caso, com os segurados ou beneficiários:

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da identidade do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;
- c) cópia do CPF do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;
- d) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores; e
- e) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge.

3.2 No caso da não utilização da empresa terceirizada indicada e, para reembolso do serviço de assistência funeral prestado por outra empresa, até o limite de capital segurado contratado, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;

d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

e) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;

f) cópia da carteira de identidade e CPF;

g) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.); e

h) notas fiscais originais das despesas com o funeral.

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

i) cópia da FRE – Ficha de Registro do Empregado;

j) cópia da GRE – Guia de Recolhimento do Empregado e cópia da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês anterior ao evento (no caso do capital segurado global);

k) cópia do Contrato Social da Empresa, no caso de existirem sócios e/ou diretores no grupo segurado;

l) cópia do contrato de prestação de serviço, no caso de existirem prestadores de serviço no grupo segurado e estes não constarem da GFIP;

m) cópia dos Contratos de Estágio, no caso de existirem estagiários no grupo segurado; e

n) cópia do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, caso algum empregado esteja afastado por motivo de doença ou acidente, como forma de comprovar o afastamento.

4) BENEFICIÁRIOS

4.1 Será(ão) considerado(s) como beneficiário(s) a(s) pessoa(s) indicada(s) na nota fiscal do serviço de assistência funeral que tenha(m) arcado com as despesas para organização do funeral do segurado.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL DEDUTÍVEL (AFD)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Esta cobertura garante o reembolso das despesas havidas com o funeral do segurado, até o limite do capital segurado contratado para a cobertura de morte caso este venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, se estabelecido, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

1.2 O segurado, ou o beneficiário poderá optar de forma expressa pela prestação dos serviços de assistência funeral por uma empresa terceirizada, indicada pelo Sicoob Seguradora, que possui uma rede credenciada de prestadores de serviços no Brasil.

1.3 O valor pago a título de auxílio funeral será descontado quando do pagamento da cobertura de morte.

1.4 Esta cobertura, tanto para o titular, quanto para os dependentes, só poderá ser contratada juntamente com a cobertura de morte e estará limitada a 100% desta.

1.5 Estas coberturas poderão ser contratadas somente com cobertura para o segurado principal ou abrangendo também o cônjuge e os filhos menores.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado.

3. PADRÃO DOS SERVIÇOS (PRESTAÇÃO POR EMPRESA TERCEIRIZADA INDICADA PELO SICOOB SEGURADORA):

3.1 Estarão garantidos os seguintes serviços no PLANO BÁSICO, desde que o segurado esteja em dia com o pagamento dos prêmios:

Transporte do corpo até o local da residência no Brasil, caso o falecimento tenha se dado em local diverso

Será providenciado o transporte do corpo do segurado, pelo meio de transporte mais adequado, desde o local do falecimento até seu domicílio, ou até o local de sepultamento ou cremação no Brasil, limitado a uma distância de 250 km (duzentos e cinquenta quilômetros).

Tratamento das formalidades para liberação do corpo e registro em cartório

Ocorrendo o falecimento do segurado, após a liberação do corpo pelo Instituto Médico Legal ou Hospital, a Central de Assistência disponibilizará um representante ao Domicílio ou Hospital onde tenha ocorrido o óbito, para coletar todos os documentos necessários às tratativas do Sepultamento ou Cremação junto à funerária do Município, tomando todas as medidas devidas para a realização do funeral. A liberação do corpo no Instituto Médico Legal ou Hospital é uma responsabilidade de um representante legal

do segurado. Se necessário, o representante da Central de Assistência fará todos os procedimentos, após a liberação do corpo no Instituto Médico Legal ou Hospital, acompanhado de um membro da família designado pelo Solicitante, ou o próprio. A Central de Assistência responsabiliza-se por providenciar bem como custear o registro em cartório do óbito, desde que permitido pela legislação local. Se necessário para o registro do óbito em cartório, o representante da Central de Assistência fará todos os procedimentos acompanhado de um membro da família designado pelo Solicitante, ou o próprio. O Solicitante deverá apresentar ao representante da Central de Assistência os documentos necessários para registro do óbito em cartório.

Atendimento e organização do funeral

Será organizado todo o funeral do segurado, cerimônia fúnebre, sepultamento, de acordo com o descrito abaixo:

Preparação do corpo: poderá ser realizada a preparação do corpo, se assim a família desejar, que inclui: banho, barba, tamponamento, desodorização e tanatopraxia (aplicação de formol). O serviço de Tanatopraxia será disponibilizado, quando o sepultamento for realizado até 36 (trinta e seis) horas após o óbito ou, se necessário, devido ao estágio de decomposição do corpo.

Traslado: traslado nacional até o domicílio do segurado ou até o local de sepultamento ou cremação, limitado a uma distância de 250 km (duzentos e cinquenta quilômetros). O meio de transporte a ser utilizado para o traslado do corpo será de livre escolha da Assistência Funeral, podendo ser aéreo ou terrestre (carro, ônibus ou trem), a ser definido conforme necessidade para chegada à cidade de Domicílio ou município de livre escolha do solicitante.

Funeral: urna padrão simples, sextavada, com visor ou sem visor, madeira bordada em relevo, alça varão ou argola, acabamento interno em forro samilon e babado simples, acabamento externo em verniz PU alto brilho, com bíblia lisa ou cruz, ou na falta desta uma similar, uma coroa de flores, um arranjo de flores, ornamentação completa da urna, manta mortuária, véu, carro fúnebre, registro em cartório, livro de presença, jogo de paramentos no velório, velas, comunicação em jornal, taxa de sepultamento, taxa de exumação e serviço de café e água. A locação de capela/sala velatória para o velório poderá ser municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado.

Carro fúnebre: será fornecido um veículo apropriado para o transporte da urna e dos enfeites florais, dentro do município de domicílio, entre o local do velório até o local de sepultamento ou cremação, limitado a 250 km (duzentos e cinquenta quilômetros).

Sepultamento: sepultamento no túmulo ou jazigo da família ou cedido pela empresa prestadora de serviço, em cemitério municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado, na cidade de domicílio do segurado, por um período de 3 (três) anos, tempo necessário para a exumação. No caso de cemitério particular, as taxas deverão ser equivalentes às municipais ou até o limite do plano contratado.

Locação de jazigo: caso a família não disponha de local para o sepultamento, será disponibilizada locação de um jazigo em cemitério municipal por um período de 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local.

Não será feito nenhum pagamento a título de compra ou aluguel do jazigo, quando este for de propriedade do segurado ou de seus familiares.

Transmissão de mensagens urgentes

Será providenciada a transmissão de mensagens urgentes, relacionadas aos serviços que serão prestados, desde que lhe sejam solicitadas pelo cônjuge, descendentes ou outro parente do segurado.

3.2 Estarão garantidos os seguintes serviços no PLANO SUPERIOR, desde que o segurado esteja em dia com o pagamento dos prêmios:

Transporte do corpo até o local da residência no Brasil, caso o falecimento tenha se dado em local diverso

Será providenciado o transporte do corpo do segurado, pelo meio de transporte mais adequado, desde o local do falecimento até seu domicílio, ou até o local de sepultamento ou cremação no Brasil, limitado a uma distância de 250 km (duzentos e cinquenta quilômetros).

Tratamento das formalidades para liberação do corpo e registro em cartório

Ocorrendo o falecimento do segurado, após a liberação do corpo pelo Instituto Médico Legal ou Hospital, a Central de Assistência disponibilizará um representante ao Domicílio ou Hospital onde tenha ocorrido o óbito, para coletar todos os documentos necessários às tratativas do Sepultamento ou Cremação junto à funerária do Município, tomando todas as medidas devidas para a realização do funeral. A liberação do corpo no Instituto Médico Legal ou Hospital é uma responsabilidade de um representante legal do segurado. Se necessário, o representante da Central de Assistência fará todos os procedimentos, após a liberação do corpo no Instituto Médico Legal ou Hospital, acompanhado de um membro da família designado pelo Solicitante, ou o próprio. A Central de Assistência responsabiliza-se por providenciar bem como custear o registro em cartório do óbito, desde que permitido pela legislação local. Se necessário para o registro do óbito em cartório, o representante da Central de Assistência fará todos os procedimentos acompanhado de um membro da família designado pelo Solicitante, ou o próprio. O Solicitante deverá apresentar ao representante da Central de Assistência os documentos necessários para registro do óbito em cartório.

Atendimento e organização do funeral

Será organizado todo o funeral do segurado, cerimônia fúnebre, sepultamento ou cremação, de acordo com o descrito abaixo:

Preparação do corpo: poderá ser realizada a preparação do corpo, se assim a família desejar, que inclui: banho, barba, serviço de vestimenta (ato de vestir), necromaquiagem, tamponamento, desodorização, embalsamento e tanatopraxia (aplicação de formol). Os serviços de embalsamento e tanatopraxia só ficarão disponíveis em caso de traslado aéreo, longas distâncias terrestres, quando o sepultamento for superior a 36 (trinta e seis) horas após o óbito ou se necessário devido ao estágio de decomposição do corpo.

Traslado: traslado nacional até o domicílio do segurado ou até o local de sepultamento ou cremação, limitado a uma distância de 250 km (duzentos e cinquenta quilômetros). O meio de transporte a ser utilizado para o traslado do corpo será de livre escolha da Assistência Funeral, podendo ser aéreo ou terrestre (carro, ônibus ou trem),

a ser definido conforme necessidade para chegada à cidade de Domicílio ou município de livre escolha do solicitante, restando certo que passagem aérea, só será considerada se o corpo do Cliente se encontrar a mais de 250 km (duzentos e cinquenta quilômetros) do endereço de Domicílio, ou o trajeto por via rodoviária seja superior a 5 (cinco) horas.

Repatriação do corpo: em caso de falecimento do cliente durante viagem internacional, serão atendidas as formalidades necessárias para o repatriamento do corpo, até o Município de domicílio ou município de livre escolha do solicitante, limitado a 1.000 km (mil quilômetros). O meio de transporte a ser utilizado para a repatriação do corpo será de livre escolha da Assistência Funeral, podendo ser aéreo ou terrestre (carro, ônibus ou trem), a ser definido conforme necessidade para chegada à cidade de Domicílio, restando certo que passagem aérea, só será considerada se o corpo do segurado se encontrar a mais de 300 km (trezentos quilômetros) do endereço de Domicílio, ou o trajeto por via rodoviária seja superior a 5 (cinco) horas.

Transporte e hospedagem para membro da família: caso o falecimento ocorra fora do município de residência do segurado e seja necessário um membro da família para a liberação do corpo será fornecido ao familiar o meio de transporte mais apropriado, limitado a 250 km (duzentos e cinquenta quilômetros) de transporte terrestre e acima deste, 1 (uma) passagem aérea com valor máximo de R\$ 1.000,00 (mil reais). Será fornecida hospedagem para aguardar a liberação do corpo no valor de R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) por diária, limitada a 3 (três) diárias.

Meio de transporte para acompanhamento do velório: será fornecido meio de transporte terrestre para membros da família do local do domicílio até o local do sepultamento, limitado a 4 (quatro) pessoas e a 250 km (duzentos e cinquenta quilômetros).

Funeral: urna sextavada com visor, padrão Bignotto ref. 060 ou similar, alça portuguesa, madeira de pinus com moldura nas laterais, fundo misto em madeira e chapadur, acabamento externo marrom ou sombreado com verniz PU., ou na falta desta uma similar, duas coroas de flores, ornamentação completa da urna, manta mortuária, véu, carro fúnebre, registro em cartório, livro de presença, jogo de paramentos no velório, velas, comunicação em jornal, taxa de sepultamento, taxa de exumação e capela para velório, serviço de café e água. A locação de capela/sala velatória para o velório poderá ser Municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado.

Carro fúnebre: será fornecido um veículo apropriado para o transporte da urna e dos enfeites florais, dentro do município de domicílio, entre o local do velório até o local de sepultamento ou cremação. Limitado à 250 km (duzentos e cinquenta quilômetros).

Sepultamento: sepultamento no túmulo ou jazigo da família ou cedido pela empresa prestadora de serviço, em cemitério municipal ou particular, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado, na cidade de domicílio do segurado, por um período de três anos, tempo necessário para a exumação. No caso de cemitério particular, as taxas deverão ser equivalentes às municipais. Será disponibilizada placa com nome na lápide.

Locação de jazigo: caso a família não disponha de local para o sepultamento, será disponibilizada locação de um jazigo em cemitério municipal por um período de 3 (três) anos, a contar da data do evento, dependendo da disponibilidade do local.

Sepultamento de membros: sepultamento do membro em jazigo da família, em cemitério municipal, na cidade de domicílio do segurado quando necessário o enterro de partes de corpo (membros superiores ou inferiores), caso estes sejam decorrentes de mutilação de causa acidental ou amputação por causa médica, limitado a R\$ 1.200,00 (mil e duzentos reais) por evento. O valor utilizado a título de sepultamento de membros não é descontado do valor total do seguro contratado.

Não será feito nenhum pagamento à título de compra ou aluguel do jazigo, quando este for de propriedade do segurado ou de seus familiares.

Cremação: cremação em crematório público ou particular, desde que os custos sejam equivalentes ou até o limite do plano contratado, na localidade do falecimento ou na cidade mais próxima e envio das cinzas à família, desde que haja crematório dentro de um raio de 500 (quinhentos) quilômetros do local do óbito. Não havendo crematório dentro deste raio ou caso o familiar do segurado deseje realizar a cremação em outra localidade, a empresa terceirizada poderá providenciar o traslado do corpo, sendo os custos excedentes deste transporte de responsabilidade do familiar do segurado. O retorno das cinzas correrá por conta da empresa terceirizada também limitada à distância de 500 (quinhentos) quilômetros.

Transmissão de mensagens urgentes: será providenciada a transmissão de mensagens urgentes, relacionadas aos serviços que serão prestados, desde que lhe sejam solicitadas pelo cônjuge, descendentes ou outro parente do segurado.

4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

4.1 No caso da opção pela realização do serviço de assistência funeral com os prestadores de serviço indicados pela seguradora, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da identidade do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;
- c) cópia do CPF do segurado principal ou de seus dependentes, dependendo de quem foi o óbito;
- d) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores; e
- e) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge.

4.2 No caso da não utilização da empresa terceirizada indicada pelo Sicoob Seguradora e, para reembolso do serviço de assistência funeral prestado por outra empresa, até o limite de capital segurado contratado, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

- f) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- g) cópia da carteira de identidade e CPF;
- h) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;
- i) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- j) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- k) cópia da carteira de identidade e CPF;
- l) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.); e
- m) notas fiscais originais das despesas com o funeral.

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

- n) cópia da FRE – Ficha de Registro do Empregado;
- o) cópia da GRE – Guia de Recolhimento do Empregado e cópia da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês anterior ao evento (no caso do capital segurado global);
- p) cópia do Contrato Social da Empresa, no caso de existirem sócios e/ou diretores no grupo segurado;
- q) cópia do contrato de prestação de serviço, no caso de existirem prestadores de serviço no grupo segurado e estes não constarem da GFIP;
- r) cópia dos Contratos de Estágio, no caso de existirem estagiários no grupo segurado; e
- s) cópia do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, caso algum empregado esteja afastado por motivo de doença ou acidente, como forma de comprovar o afastamento.

5. BENEFICIÁRIOS

5.1 Será considerado como beneficiário, no caso de não utilização da empresa terceirizada indicada pelo Sicoob Seguradora para a prestação do serviço de assistência funeral, a(s) pessoa(s) indicada(s) na nota fiscal do serviço de assistência funeral que tenha(m) arcado com as despesas para organização do funeral do segurado.

5.2 No caso da utilização do prestador de serviço indicado pelo Sicoob Seguradora nada mais será devido a título de indenização.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE ADIANTAMENTO POR DOENÇA TERMINAL (ADT)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao segurado, correspondente a antecipação de percentual do capital segurado contratado para a cobertura de morte, quando o segurado se encontrar com doença em estágio terminal, cujo evento tenha ocorrido durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

1.2 Considera-se doença em estágio terminal, àquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente, devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada indicando o tempo estimado de sobrevida do segurado.

1.3 Esta cobertura não poderá ser oferecida e contratada por menores de 14 (quatorze) anos;

1.4 Quando da ocorrência da morte do segurado, será descontado o valor pago para a cobertura de Doença Terminal.

1.5 Somente será garantido por esta cobertura o estado terminal diagnosticado pela primeira vez dentro do período de vigência deste seguro, e após o período de carência.

1.6 Para fins desta cobertura o adiantamento é previsto para o caso do segurado vir a apresentar estágio avançado em uma ou mais patologias a seguir:

- a) Doença Cardíaca Grave;
- b) Doença Pulmonar Grave;
- c) Doença Renal Grave;
- d) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);
- e) Paralisia Irreversível e Incapacitante;
- f) Doença Neoplásica Maligna.

1.7 **Doença Cardíaca Grave:** doenças cardíacas decorrentes de coronariopatias agudas ou crônicas, doenças das válvulas cardíacas e/ou do músculo cardíaco, devidamente comprovadas e que necessitem de cirurgia a céu aberto, assim como a doença cardíaca geradora de sintomas de insuficiência do órgão (falta de ar, dor no peito e cansaço) mesmo em repouso.

1.8 **Doença Pulmonar Grave:** doenças pulmonares relacionadas ao aumento permanente dos sacos aéreos (alvéolos) com perda da capacidade de expirar completamente (enfisema), obstruções pulmonares hereditárias (fibrose cística), infecções prolongadas e cicatrização permanente e espessamento do tecido pulmonar.

1.9 **Doença Renal Grave:** Perda súbita da capacidade renal de excreção de resíduos e de concentração de urina, com necessidade de hemodiálise regular.

1.10 **Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS):** conjunto de sinais e sintomas de imunodeficiência secundária, resultante da infecção pelo vírus HIV, caracterizada por

uma contagem de linfócitos CD4 abaixo de 200 células por mm³ ou inferior a 14% do total de linfócitos. Manifestações clínicas incluem infecções oportunistas, neoplasias malignas, emaciação e demência.

1.11 Paralisia Irreversível e Incapacitante: perda da capacidade de contração muscular voluntária, por interrupção funcional ou orgânica em um ponto qualquer da via motora, que pode ir do córtex cerebral até o próprio músculo.

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

1.13 Somente haverá cobertura para a primeira doença diagnosticada ou cirurgia realizada, desde que comunicadas à seguradora, não havendo, em hipótese alguma acumulação de indenizações, mesmo que não haja correlação entre elas.

1.14 Se o segurado sobreviver após a previsão de 6 (seis) meses da data do diagnóstico, tendo ele recebido a indenização referente a esta cobertura, a cobertura para a Doença em estágio terminal estará extinta, independente da renovação do seguro.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data indicada pelo médico assistente na declaração médica que deverá vir acompanhada do histórico da patologia, do diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

2.2 A data de diagnóstico da doença terminal será consignada por médico que esteja assistindo ao segurado.

2.3 O percentual de antecipação será definido na proposta de contratação.

3. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

3.1 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- d) Declaração Médica, assinada pelo médico assistente, indicando a data de diagnóstico definitivo e o tempo estimado de sobrevivência do segurado;
- e) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução da doença.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1 O próprio segurado será o beneficiário.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE RESCISÃO CONTRATUAL E REALOCAÇÃO DE PESSOAL POR MORTE (RCM)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização, em caso de falecimento do segurado principal ao estipulante/subestipulante de um capital segurado limitado a um percentual da cobertura de morte, estabelecido na proposta de contratação, referente às despesas com a rescisão do contrato de trabalho celebrado entre o estipulante/subestipulante e o segurado principal, bem como as despesas com realocação de pessoal, cujo evento tenha ocorrido durante a vigência deste seguro, observados os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

1.2 Esta cobertura não poderá ser contratada para sócios, prestadores de serviço.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de morte a data do falecimento do segurado.

3. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

3.1 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados abaixo:

I. EM CASO DE MORTE NATURAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) Formulário Declaração Médica de Morte Natural, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;
- d) documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos;

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

- e) cópia da FRE – Ficha de Registro do Empregado;
- f) cópia da GRE – Guia de Recolhimento do Empregado e cópia da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês anterior ao evento;
- g) cópia do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, caso algum empregado esteja afastado por motivo de doença ou acidente, como forma de comprovar o afastamento;
- h) cópia dos Contratos de Estágio, no caso de existirem estagiários no grupo segurado;
- i) cópia da carteira de identidade e CPF do representante legal do Estipulante/Subestipulante;

- j) cópia do CNPJ do Estipulante/Subestipulante; e
- k) cópia do comprovante de localização do estabelecimento comercial de concessionárias de serviços públicos, tais como água, gás, luz e telefone.

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

- a) DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE
- b) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- c) cópia da carteira de identidade e CPF;
- d) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- e) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- f) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- g) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;
- h) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

- i) cópia da FRE – Ficha de Registro do Empregado;
- j) cópia da GRE – Guia de Recolhimento do Empregado e cópia da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês anterior ao evento (no caso do capital segurado global);
- k) cópia do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, caso algum empregado esteja afastado por motivo de doença ou acidente, como forma de comprovar o afastamento;
- l) cópia dos Contratos de Estágio, no caso de existirem estagiários no grupo segurado;
- m) cópia da carteira de identidade e CPF do representante legal do Estipulante/Subestipulante;
- n) cópia do CNPJ do Estipulante/Subestipulante; e
- o) cópia do comprovante de localização do estabelecimento comercial de concessionárias de serviços públicos, tais como água, gás, luz e telefone.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1 O beneficiário será o estipulante/subestipulante com o qual o segurado principal mantenha vínculo empregatício.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESPESAS EXTRAS POR MORTE (DEM)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Esta cobertura garante o pagamento de uma indenização ao(s) beneficiário(s) de um capital segurado limitado a um percentual da cobertura de morte, referente à eventuais despesas caso o segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro, observados o período de carência, se estabelecido, os riscos excluídos e as disposições contidas nas condições gerais e especiais.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de morte a data do falecimento do segurado.

3. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

3.1 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste artigo colhidos, conforme o caso, com os segurados ou beneficiários:

I. EM CASO DE MORTE NATURAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;
- d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;
- e) Formulário Declaração Médica de Morte Natural, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;
- f) documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- g) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- h) cópia da carteira de identidade e CPF;
- i) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- j) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- k) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- l) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- m) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

- n) cópia da FRE – Ficha de Registro do Empregado;

- o) cópia da GRE – Guia de Recolhimento do Empregado e cópia da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês anterior ao evento;
- p) cópia do Contrato Social da Empresa, no caso de existirem sócios e/ou diretores no grupo segurado;
- q) cópia do contrato de prestação de serviço, no caso de existirem prestadores de serviço no grupo segurado e estes não constarem da GFIP;
- r) cópia dos Contratos de Estágio, no caso de existirem estagiários no grupo segurado; e
- s) cópia do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, caso algum empregado esteja afastado por motivo de doença ou acidente, como forma de comprovar o afastamento.

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL OU DEPENDENTE

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou comprovante de dependência no caso de óbito dos dependentes menores;
- d) cópia autenticada da Certidão de Casamento ou da Declaração de União Estável do cônjuge, no caso de óbito do cônjuge;
- e) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- f) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- g) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- h) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;
- i) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- j) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- k) cópia da carteira de identidade e CPF;
- l) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- m) cópia autenticada da certidão de casamento ou de nascimento;
- n) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- o) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- p) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

- q) cópia da FRE – Ficha de Registro do Empregado;
- r) cópia da GRE – Guia de Recolhimento do Empregado e cópia da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês anterior ao evento (no caso do capital segurado global);
- s) cópia do Contrato Social da Empresa, no caso de existirem sócios e/ou diretores no grupo segurado;
- t) cópia do contrato de prestação de serviço, no caso de existirem prestadores de serviço no grupo segurado e estes não constarem da GFIP;

- u) cópia dos Contratos de Estágio, no caso de existirem estagiários no grupo segurado; e
- v) cópia do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, caso algum empregado esteja afastado por motivo de doença ou acidente, como forma de comprovar o afastamento.

3. BENEFICIÁRIOS

3.1 Os beneficiários serão aqueles constantes na FRE - Ficha de Registro de Empregado, em poder do estipulante/ subestipulante, podendo ser substituídos a qualquer tempo mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio segurado. Para os prestadores de serviço, estagiários e sócios ou diretores, no caso de não existir nenhuma ficha de registro na empresa, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida à ordem de vocação hereditária, sendo, ainda, observado o disposto na Legislação Específica. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

3.2 Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO (AALI)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Esta cobertura tem como objetivo, em caso de falecimento do segurado principal, auxiliar no custeio das despesas havidas com alimentação da família do segurado com o pagamento de uma indenização no valor do capital segurado estipulado a esta garantia, limitado a um percentual da cobertura de morte, que será estabelecido na proposta de contratação.

1.2 **O segurado, ou o beneficiário poderá optar de forma expressa pelo recebimento do capital segurado em gêneros alimentícios por uma empresa terceirizada, indicada pelo Sicoob Seguradora, que possui uma rede credenciada de prestadores de serviços no Brasil.**

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do falecimento do segurado.

3. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

3.1 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos listados neste artigo colhidos, conforme o caso, com os segurados ou beneficiários:

I. EM CASO DE MORTE NATURAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) Formulário Declaração Médica de Morte Natural, preenchido pelo médico assistente do segurado, com firma reconhecida;
- d) documentos médicos, tais como prontuários, receitas e laudos médicos;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- e) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- f) cópia da carteira de identidade e CPF;
- g) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- h) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- i) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- j) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

- k) cópia da FRE – Ficha de Registro do Empregado;
- l) cópia da GRE – Guia de Recolhimento do Empregado e cópia da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês anterior ao evento;
- m) cópia do Contrato Social da Empresa, no caso de existirem sócios e/ou diretores no grupo segurado;
- n) cópia do contrato de prestação de serviço, no caso de existirem prestadores de serviço no grupo segurado e estes não constarem da GFIP;
- o) cópia dos Contratos de Estágio, no caso de existirem estagiários no grupo segurado; e
- p) cópia do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, caso algum empregado esteja afastado por motivo de doença ou acidente, como forma de comprovar o afastamento.

II. EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

DOCUMENTOS DO SEGURADO PRINCIPAL

- a) cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- b) cópia da carteira de identidade e CPF;
- c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- e) cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- f) cópia autenticada do Laudo de Exame Cadavérico, se houver;
- g) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado;

DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS

- h) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- i) cópia da carteira de identidade e CPF;
- j) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- k) cópia autenticada da certidão de nascimento ou casamento;
- l) declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- m) Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes;
- n) Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes;

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

- o) cópia da FRE – Ficha de Registro do Empregado;
- p) cópia da GRE – Guia de Recolhimento do Empregado e cópia da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês anterior ao evento (no caso do capital segurado global);
- q) cópia do Contrato Social da Empresa, no caso de existirem sócios e/ou diretores no grupo segurado;
- r) cópia do contrato de prestação de serviço, no caso de existirem prestadores de serviço no grupo segurado e estes não constarem da GFIP;

- s) cópia dos Contratos de Estágio, no caso de existirem estagiários no grupo segurado; e
- t) cópia do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, caso algum empregado esteja afastado por motivo de doença ou acidente, como forma de comprovar o afastamento.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1 Os beneficiários serão aqueles constantes na FRE - Ficha de Registro de Empregado, em poder do estipulante/ subestipulante, podendo ser substituídos a qualquer tempo mediante solicitação formal, preenchida e assinada pelo próprio segurado. Para os prestadores de serviço, estagiários e sócios ou diretores, no caso de não existir nenhuma ficha de registro na empresa, a indenização será paga metade ao cônjuge não separado judicialmente e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida à ordem de vocação hereditária, sendo, ainda, observado o disposto na Legislação Específica. Na falta destes, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

4.2 Deve ser observado que não se pode instituir beneficiário pessoa que for legalmente inibida de receber a doação do segurado.

4.3 No caso de morte do dependente, o beneficiário será o segurado principal.

4.4 Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), as indenizações referentes à cobertura do(s) segurado(s) principal e dependente(s) deverão ser pagas aos respectivos beneficiários indicados, ou na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

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

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DOENÇA CONGÊNITA DO FILHO (DCF)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 É a garantia de pagamento de uma indenização ao segurado principal, quando ocorrer o nascimento de seu filho, portador de invalidez irreversível, causada por doença congênita, que demande a permanente ajuda de terceiros, com clara indicação de que este não poderá futuramente exercer atividade remunerada, comprovada por documentação médica pertinente, durante o período de vigência do seguro, respeitados o período de carência e as condições contratuais do seguro.

1.2 Doenças congênitas são as disfunções fisiológicas de origem sistêmica bem como as provocadas por má formações anatômicas, presentes no nascimento, diagnosticadas e comprovadas como congênitas, por uma declaração de médico assistente especialista.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data de nascimento do filho com doença congênita do segurado principal.

2.2 Para efeito de grupo segurado serão considerados apenas os filhos legítimos do segurado recém-nascidos que apresentarem doença congênita, devidamente comprovada por médico habilitado.

2.3 Em caso de nascimento de mais de uma criança, no mesmo parto, e constatada a doença para ambos os filhos, o capital segurado será dividido proporcionalmente pela quantidade de filhos nascidos vivos.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como riscos excluídos os abaixo especificados:

- a) eventos decorrentes de procedimentos não recomendados pelo médico assistente durante o período de gestação;
- b) más formações congênitas decorrentes de fator ambiental, no qual seja constatado e/ou declarado pelas instituições governamentais ou de responsabilidade pública ou privada;
- c) eventos decorrentes do mau uso ou inabilidade de produtos químicos, ou demais categorias de produtos reconhecidamente prejudiciais à saúde; e

3.2 Não será devida indenização em caso de natimortos.

4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

4.1 Em caso de sinistro coberto, o estipulante/subestipulante deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado principal;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.) do segurado principal;
- c) cópia autenticada da certidão de casamento ou da certidão de união estável com a gestante, caso a mesma não seja a segurada principal;
- d) cópia autenticada da certidão de nascimentos do(s) filho(s);
- e) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- f) relatório médico preenchido e assinado por médico devidamente habilitado e responsável pelo acompanhamento da gestante e pelo médico responsável pelo parto;
- g) exame e laudos que indiquem a doença congênita do(s) filho(s);

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

- h) cópia da FRE – Ficha de Registro do Empregado;
- i) cópia da GRE – Guia de Recolhimento do Empregado e cópia da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês anterior ao evento (no caso do capital segurado global);
- j) cópia do Contrato Social da Empresa, no caso de existirem sócios e/ou diretores no grupo segurado;
- k) cópia do contrato de prestação de serviço, no caso de existirem prestadores de serviço no grupo segurado e estes não constarem da GFIP;
- l) cópia dos Contratos de Estágio, no caso de existirem estagiários no grupo segurado; e
- m) cópia do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, caso algum empregado esteja afastado por motivo de doença ou acidente, como forma de comprovar o afastamento.

4.2 O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

5. BENEFICIÁRIOS

5.1 O beneficiário será sempre o segurado principal.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DESPESAS MÉDICO - HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS POR ACIDENTE (DMHO)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Garante o reembolso, limitado ao capital segurado, de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo segurado para seu tratamento, sob orientação médica, iniciado nos 30 (trinta) primeiros dias contados da data do acidente pessoal coberto.

1.2 Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados, entretanto, desde que preservada a livre escolha do segurado, pode a seguradora estabelecer acordos ou convênios com prestadores de serviços médico-hospitalares e odontológicos para facilitar a prestação de assistência ao segurado.

1.3 Não estão abrangidas, na cobertura de despesas médico – hospitalares e odontológicas por acidente, as despesas decorrente de:

- estado de convalescença (após a alta médica) e as despesas com acompanhantes; e
- aparelhos que se referem à órteses de qualquer natureza e a prótese de caráter permanente, salvo as próteses pela perda de dentes naturais.

2. CAPITAL SEGURADO

2.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento na cobertura de DMHO a data do acidente.

3. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

3.1 Em caso de sinistro coberto, o estipulante/subestipulante deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c) Formulário de Aviso de Sinistro de Seguro de Acidentes Pessoais, devidamente preenchido;
- d) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- e) Formulário Aviso de Alta Médica, devidamente preenchido;
- f) Formulário Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido;
- g) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;
- h) radiografias, se houver;
- i) notas fiscais originais das despesas médicas discriminando cada procedimento;
- j) cópia autenticada do receituário médico;
- k) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;

- l) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- m) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

- n) cópia da FRE – Ficha de Registro do Empregado;
- o) cópia da GRE – Guia de Recolhimento do Empregado e cópia da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês anterior ao evento (no caso do capital segurado global);
- p) cópia do Contrato Social da Empresa, no caso de existirem sócios e/ou diretores no grupo segurado;
- q) cópia do contrato de prestação de serviço, no caso de existirem prestadores de serviço no grupo segurado e estes não constarem da GFIP;
- r) cópia dos Contratos de Estágio, no caso de existirem estagiários no grupo segurado; e
- s) cópia do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, caso algum empregado esteja afastado por motivo de doença ou acidente, como forma de comprovar o afastamento.

3.2 As despesas efetuadas no exterior devem ser ressarcidas com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado (respeitando-se o limite de cobertura estabelecido), atualizadas monetariamente pela seguradora e com aplicação de juros de mora, se for o caso, quando da liquidação do sinistro.

3.3 O capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

4. BENEFICIÁRIOS

4.1 O beneficiário será aquele em nome do qual foi emitida a nota fiscal de despesa.

CONDIÇÕES ESPECIAIS

COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE (DITA)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 É a garantia do pagamento ao segurado de diárias, no caso deste ficar impossibilitado contínua e ininterruptamente de exercer sua profissão ou ocupação, decorrente de acidente pessoal coberto, durante o período em que se encontrar em tratamento, sob orientação médica, ocorrido exclusivamente no período de vigência do seguro, respeitada a franquia definida e observado o limite de diárias e as condições gerais e especiais do seguro.

1.2 Ao atingir 70 (setenta) anos o segurado será excluído da cobertura, permanecendo com direito às demais coberturas contratadas.

1.3 O número de diárias a ser indenizado será determinado pela perícia da seguradora, em função da necessidade comprovada de afastamento do segurado de suas atividades profissionais, sendo limitado ao número máximo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias por evento coberto, observado o período de carência e a franquia.

1.4 Esta cobertura estará limitada a um percentual da cobertura de morte acidental, conforme definido na proposta de contratação.

1.5 Esta cobertura (diária) estará limitada a 100% (cem por cento) da renda média mensal do segurado líquida de I.R.R.F. dividida por 30 (trinta).

1.6 Pelo mesmo acidente, o número de diárias indenizadas não pode superar a quantidade de diárias contratadas por evento coberto.

1.7 A reintegração do capital segurado relativo à garantia de diária por incapacidade temporária por acidente é automática após cada acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

1.8 A indenização a ser paga será calculada tomando-se por base o valor da diária por incapacidade temporária por acidente, multiplicando-se pelo número de dias de afastamento, descontando o período de franquia.

1.9 As indenizações de diária por incapacidade temporária por acidente não se acumulam. No caso de ocorrência simultânea de mais de um afastamento por incapacidade temporária, a indenização a ser paga será a do evento que resulte no maior tempo de afastamento, não havendo acúmulo ou superposição de indenizações.

1.10 Esta cobertura não poderá ser contratada por segurados dependentes.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1 Além dos riscos excluídos mencionados nas condições gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, para a cobertura de diária por incapacidade temporária por acidente, os abaixo especificados:

- a) hospitalizações para check-up;

- b) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradoras de função diretamente afetada por acidente pessoal coberto pelo seguro, e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;
- c) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e não reconhecidos pelo serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- d) lesões traumáticas e cirúrgicas comprovadamente anteriores à celebração deste contrato, para os quais o segurado tenha procurado ou recebido atendimento médico hospitalar de qualquer natureza, mesmo que os afastamentos sejam decorrentes de agravamento, seqüela ou reaparecimento destas, ou de seus sintomas e sinais, ou ainda, das complicações crônicas ou degenerantes delas consequentes;
- e) luxações recidivantes de qualquer articulação;
- f) instabilidades crônicas (agudizadas ou não) de qualquer articulação;
- g) tratamentos clínicos ou cirúrgicos com finalidade estética ou cosmética;
- h) lombalgias lombociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnias discais degenerativas, protusões discais degenerativas, dorsopatias, cervicobraquialgias; e
- i) Lesões por Esforço Repetitivo (L.E.R.), tais como: tendinites, sinovites, tenossinovites, cervicobraquialgias artrites, bursites e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados aos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (D.O.R.T.).

2.2 A aposentadoria por invalidez ou o auxílio doença concedido por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, o estado de incapacidade.

3.FRANQUIA

3.1 Será estabelecida franquia de 10 (dez) dias, contada a partir da data do evento coberto.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do acidente.

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

5.1 Em caso de sinistro coberto por este seguro, o estipulante/subestipulante deverá comunicar o sinistro à seguradora e provar satisfatoriamente sua ocorrência, através da entrega dos documentos básicos listados abaixo:

DOCUMENTOS DO SEGURADO

- a) cópia da carteira de identidade e CPF do segurado;
- b) cópia do comprovante de residência de contas de concessionárias de serviços públicos (luz, gás, água, telefone fixo, etc.);
- c) Formulário de Habilitação de Beneficiários, devidamente preenchido;
- d) Formulário "Aviso para Concessão e Prorrogação de Benefício de Afastamento" preenchido, com assinatura e carimbo de CRM, pelo próprio médico assistente.;
- e) Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc. – laudos e imagens);
- f) Atestado Médico original comprovando o afastamento;

- g) Cópia autenticada de comprovante de exercício de Atividade Profissional;
- h) Formulário Laudo Oftalmológico, se necessário;
- i) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, em caso de acidente;
- j) cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- k) cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado, em caso de acidente; e
- l) quando houver internação ou atendimento em hospital ou clínica, deverá ser anexada uma declaração da entidade constando o nome do segurado, data da internação e da alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s).

DOCUMENTOS DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

- m) cópia da FRE – Ficha de Registro do Empregado;
- n) cópia da GRE – Guia de Recolhimento do Empregado e cópia da GFIP – Guia de Recolhimento do FGTS e Informações à Previdência Social do mês anterior ao evento (no caso do capital segurado global);
- o) cópia do Contrato Social da Empresa, no caso de existirem sócios e/ou diretores no grupo segurado;
- p) cópia do contrato de prestação de serviço, no caso de existirem prestadores de serviço no grupo segurado e estes não constarem da GFIP;
- q) cópia dos Contratos de Estágio, no caso de existirem estagiários no grupo segurado; e
- r) cópia do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, caso algum empregado esteja afastado por motivo de doença ou acidente, como forma de comprovar o afastamento.

6. BENEFICIÁRIOS

6.1 O beneficiário será sempre o segurado principal.