



CONDIÇÃO GERAL SEGURO VIDA PROTEGIDA

1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- 1.1 A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco;
- 1.2 O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização;
- 1.3 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.

2. APRESENTAÇÃO

O seguro **VIDA PROTEGIDA** da AIG é um seguro de vida em grupo comercializado individualmente, cujas garantias cobrem aqueles que o contratarem, obedecendo as regras do produto.

Apresentamos a seguir as Condições Gerais e Especiais do seguro, que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.

Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às garantias aqui previstas e discriminadas na apólice de seguro, desprezando-se quaisquer outras.

Mediante a contratação do seguro, o segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais e Especiais.

Para os casos não previstos nestas condições, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

3. ESTRUTURA DAS CONDIÇÕES DO SEGURO

As Condições Contratuais deste seguro apresentam-se em duas partes assim denominadas: Condições Gerais e Condições Especiais.

CONDIÇÕES CONTRATUAIS: Conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de adesão, das Condições Gerais e Especiais, da apólice e do certificado individual.



CONDIÇÕES GERAIS: Conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante.

CONDIÇÕES ESPECIAIS: Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

4. GLOSSÁRIO

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nesta apólice, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

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

a) Incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada legislação em vigor;

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

a.3) os acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e

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

b) Excluem-se desse conceito:

b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;



b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definida nestas Condições Gerais.

AGRAVO MÓRBIDO: Piora de uma doença.

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

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

APÓLICE: É o documento emitido pela seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente.

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

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

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

AVISO DE SINISTRO: É a comunicação específica de um sinistro, que o Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à Seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do sinistro.

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

CAPITAL SEGURADO: É a importância máxima a ser paga ao segurado ou beneficiário em função do valor estabelecido para cada garantia contratada, vigente na data do evento.



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

CARREGAMENTO: Importância destinada a atender as despesas administrativas e de comercialização.

CERTIFICADO INDIVIDUAL: É o documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

COBERTURAS DE RISCO: Coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data predeterminada.

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

CONNECTIVIDADE COM A VIDA: Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

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

CONTRATO: Instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabeleceu as peculiaridades da contratação do plano coletivo e firmam os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

CORRETOR: É a pessoa física ou jurídica legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as seguradoras e as pessoas físicas ou jurídicas de direito privado. O corretor de seguros responderá civilmente perante os segurados e as seguradoras pelos prejuízos que causar por omissão, imperícia ou negligência no exercício da profissão.

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

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

DECLARAÇÃO MÉDICA: Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

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

DEPENDENTES: São o cônjuge ou companheiro (a), os filhos, os enteados, desde que sejam menores e considerados dependentes do segurado, de acordo com a legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, quando incluídos no seguro e desde que não estejam relacionados como segurados.



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

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

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

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

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

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

DOENÇA PREEXISTENTE: É a doença de conhecimento do segurado, seja pela existência de antecedentes médico-hospitalares ou por exames diagnósticos comprobatórios, e não declarada na proposta de adesão.

DOENÇA PROFISSIONAL Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional .

DOLO: É o ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má-fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

ENDOSSO: É o documento através do qual se formaliza qualquer eventual alteração na apólice.

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

ESTIPULANTE: É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor.

ETIOLOGIA: Causa de cada doença.



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

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

GARANTIAS: São as obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, desde que constantes no Certificado Individual.

HÍGIDO: Saudável.

INDENIZAÇÃO: É o valor a ser pago pela seguradora ao segurado, ou a seu(s) beneficiário(s), quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

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

MÉDICO ASSISTENTE: Profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, que esteja assistindo ao segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada. **Não serão aceitos como médicos o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consangüíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.**

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

PERÍODO DE COBERTURA: aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.

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

PRÊMIO: É o valor pago à seguradora para que esta assumira os riscos cobertos pelo seguro..

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

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

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

PROPONENTE: É o interessado em aderir ao contrato..



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.

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

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

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

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

RISCOS EXCLUÍDOS: São aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Especiais, que não serão cobertos pelo plano.

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

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

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

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

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

5. OBJETIVO DO SEGURO

Este Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao próprio segurado ou ao(s) seu(s) beneficiário(s) na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais.

6. RISCOS COBERTOS

Para fins deste seguro, consideram-se riscos cobertos aqueles definidos nas Condições Contratuais, que fazem parte integrante e inseparável deste contrato.



Na hipótese de sinistro decorrente de risco simultaneamente amparado por várias garantias, prevalecerá aquela que for mais favorável ao segurado, a seu critério, não sendo admitida a acumulação de garantias e seus limites máximos contratados.

7. GARANTIAS

7.1 O seguro **VIDA PROTEGIDA** da AIG oferece um total de 6 garantias, divididas em:

7.1.1 Garantias Básicas

- a) Morte por Qualquer Causa - MQC
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente – IPA
- c) Antecipação Parcial do Capital por Morte Natural (**Sem condições especiais**)

7.1.2 Garantias Adicionais

- d) Indenização Especial por Acidente – IEA
- e) Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença - IFPTD
- f) Morte do Cônjuge por Qualquer Causa

7.2 Condições para aceitação das garantias:

- a) As garantias básicas são de contratação obrigatória;
- b) As garantias adicionais são livremente escolhidas pelo segurado, observados os limites estabelecidos para contratação e, em nenhuma hipótese, poderão ser contratadas isoladas das garantias básicas.

8. RISCOS EXCLUÍDOS

ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO SEGURO OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQUÊNCIA DE:

- A) USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADO OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;
- B) INVASÃO, HOSTILIDADE, ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, DE GUERRA CIVIL, DE GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, REBELIÃO, INSURREIÇÃO MILITAR, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, EXCETO PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;
- C) DOENÇAS PREEXISTENTES DE CONHECIMENTO DO SEGURADO E NÃO DECLARADAS NA PROPOSTA, QUE CONTRIBUAM DIRETA OU INDIRETAMENTE NA CARACTERIZAÇÃO DE UM EVENTO PREVISTO NESTAS CONDIÇÕES GERAIS;



- D) SUICÍDIO OU TENTATIVA DE SUICÍDIO NOS PRIMEIROS 2 ANOS DE VIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO OU DE SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO;
- E) EPIDEMIAS E PANDEMIAS DECLERADAS POR ÓRGÃO COMPETENTE, OU QUALQUER OUTRA CAUSA FÍSICA QUE ATINJA MACIÇAMENTE A POPULAÇÃO;
- F) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR NECESSIDADE JUSTIFICADA E A PRÁTICA, POR PARTE DO SEGURADO, DOS(S) BENEFICIÁRIO(S) OU PELO REPRESENTANTE LEGAL DE UM OU DE OUTRO, DE ATOS ILÍCITOS OU CONTRÁRIOS À LEI, SALVO OS DECORRENTES DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE, OU DE ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM;
- G) TUFÕES, FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;
- H) PROCEDIMENTOS NÃO PREVISTOS NO CÓDIGO BRASILEIRO DE ÉTICA MÉDICA E NÃO RECONHECIDOS PELO SERVIÇO NACIONAL DE FISCALIZAÇÃO DE MEDICINA E FARMÁCIA;
- I) INFECÇÕES OPORTUNISTAS E TODA E QUALQUER DOENÇA PROVOCADA PELA SÍNDROME DA DEFICIÊNCIA IMUNOLÓGICA ADQUIRIDA (AIDS);
- J) LESÕES DE ESFORÇO REPETITIVO - L.E.R, TENDINITES, SINOVITES, TENOSSINOVITES, ARTRITES, DORMIO FACIAL, CERVIOBRAQUIALGIS E TODOS OS PROCESSOS INFLAMATÓRIOS INESPECÍFICOS RELACIONADOS À DORT;
- K) NÃO OBSTANTE O QUE EM CONTRÁRIO POSSAM DISPOR AS CONDIÇÕES GERAIS DO PRESENTE SEGURO, FICA ENTENDIDO E CONCORDADO QUE NÃO ESTARÃO COBERTOS OS ACIDENTES RELACIONADOS A OU OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA DE 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.

ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS ACIMA, ESTÃO TAMBÉM EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS DE ACIDENTES PESSOAIS, OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQUENCIA DE:

- A) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DE REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRURGICOS, CHOQUE ANAFILÁTICO E SUAS CONSEQUENCIAS, ACIDENTES CARDIOVASCULARES, ANEURISMA, SÍNCOPE, APOPLEXIA, ACIDENTES MÉDICOS E SIMILARES E EPILEPSIA, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;**



- B) ACIDENTES SOFRIDOS ANTES DA CONTRATAÇÃO DO SEGURO, AINDA QUE MANIFESTADO DURANTE A SUA VIGÊNCIA;**
- C) MUTILAÇÃO VOLUNTÁRIA E PREMEDITADA OU SUA TENTATIVA;**
- D) EVENTOS QUE NÃO SE INCLUEM NO CONCEITO DE ACIDENTES PESSOAIS, CONFORME DEFINIDO NO ITEM 4 DESTAS CONDIÇÕES GERAIS;**
- E) PARTO OU ABORTO, TRATAMENTO PARA ESTERILIZAÇÃO, FERTILIZAÇÃO E MUDANÇA DE SEXO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS, MESMO QUANDO PROVOCADO POR ACIDENTE;**
- F) QUALQUER TIPO DE HÉRNIA E SUAS CONSEQUENCIAS;**
- G) PERDA DE DENTES E DANOS ESTÉTICOS;**
- H) VIAGENS, COMO PASSAGEIRO OU TRIPULANTE, EM AERONAVES OU EMBARCAÇÕES QUE:**
 - 1. NÃO SEJAM AUTORIZADAS PARA O TRANSPORTE PÚBLICO;**
 - 2. NÃO POSSUAM, EM VIGOR, AUTORIZAÇÃO DAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA VOAR OU NAVEGAR;**
 - 3. SENDO OFICIAIS OU MILITARES, NÃO SE DESTINEM AO SIMPLES TRANSPORTE DE AUTORIDADES DIRIGIDAS POR PILOTOS NÃO LEGALMENTE HABILITADOS.**

9. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

Para as garantias de Morte por Qualquer Causa e Indenização Especial por Acidente a cobertura é válida em todo o globo terrestre.

Para a garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, a cobertura será válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

Para as garantias de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença e Antecipação Parcial do Capital de Morte Natural, a cobertura será válida somente para diagnóstico em território brasileiro.

10. CARÊNCIAS

Não haverá carência para os eventos decorrentes de Morte por Qualquer Causa e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão ao seguro, ou da sua recondução depois de suspenso.



Para a garantia de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença haverá um período de carência de 12 (doze) meses corridos, contados a partir da data de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

Para a garantia de Antecipação Parcial do Capital de Morte Natural haverá um período de carência de 180 (cento e oitenta) dias corridos, contados a partir da data de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

11. CONTRATAÇÃO

A inclusão dos proponentes é feita pela adesão às garantias oferecidas por este seguro, mediante assinatura e preenchimento completo da proposta de adesão. A veracidade das informações fornecidas é de responsabilidade do proponente.

Se os dados do Certificado Individual estiverem diferentes dos informados na proposta, o segurado deverá solicitar à seguradora por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês a contar da data de emissão da mesma, que corrija a divergência existente. Decorrido esse prazo, considerar-se-á o disposto no certificado individual.

No ato da contratação, será obrigatório o preenchimento da Declaração de Saúde e Atividade (DSA), e, dependendo da análise desta, o Departamento Médico da seguradora poderá solicitar relatório médico, provas de saúde ou quaisquer outros documentos, que julgar necessários, que deverão ser encaminhados à seguradora para análise de sua aceitação, juntamente com a proposta de adesão assinada pelo proponente ou por seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros.

Efetivada a aceitação da proposta de adesão pela seguradora, após análise da Declaração de Saúde e Atividade (quando necessária), deverá ser efetuado o pagamento da 1ª (primeira) parcela do prêmio quando terá início a vigência do seguro.

Para que o proponente seja elegível à contratação do seguro deverá atender, simultaneamente, às seguintes condições:

- a) As idades-limite para contratação deste seguro são de no mínimo 14 (catorze) e no máximo 65 (sessenta e cinco) anos completos. Não há limite de idade máximo para permanência no grupo segurado;
- b) Estar em plena atividade de suas funções e perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

As Condições Gerais e Especiais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva proposta de adesão, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das Condições Gerais e Especiais.



12. ACEITAÇÃO DO SEGURO

A seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contados da data do recebimento da proposta, seja para seguros novos ou para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos ou ainda para as renovações. Caberá à seguradora fornecer ao proponente, obrigatoriamente, o protocolo que identifique a Proposta de Adesão por ela recepcionada, com indicação da data e hora de seu recebimento.

Caso a seguradora solicite documentos complementares para análise do risco, o que poderá ser feito apenas uma vez, este prazo ficará suspenso, voltando a correr a partir do primeiro dia útil após a data em que se der a entrega desses documentos.

A ausência de comunicação da seguradora, por escrito, no prazo previsto no item acima, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

Caso o seguro venha a ser recusado, dentro do prazo estipulado, a seguradora enviará uma correspondência ao segurado ou ao seu corretor, especificando os motivos da recusa. Na hipótese em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos sujeitam-se a atualização monetária pela variação positiva do Índice Geral de Preços de Mercado (IGP-M) divulgado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV), a partir da formalização da recusa até a data efetiva da restituição pela seguradora, devendo ser restituído ao proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, integralmente ou deduzido da parcela “pro rata temporis” correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

A aceitação do risco implicará na emissão, pela seguradora, do Certificado Individual, o qual será entregue ao segurado contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada garantia contratada e o prêmio total.

O pagamento da primeira parcela do seguro, assim como o preenchimento e a assinatura da Proposta e da Declaração de Saúde e Atividade (DSA), caracteriza a ciência, aceitação e a concordância, pelo segurado, das Condições Gerais e Especiais deste seguro.

Caso o proponente desista da contratação após a aceitação da proposta de adesão, ele terá até 30 (trinta) dias corridos, contados da data da emissão do seguro, para solicitar, por escrito, o cancelamento e a devolução do valor referente à(s) parcela(s) do prêmio paga(s). Para solicitações realizadas após esse prazo, o cancelamento será processado, porém não haverá devolução do valor referente a prêmios pagos antes da data de solicitação.

13. VIGÊNCIA

A vigência do seguro é de 5 (cinco) anos.

O início de vigência do certificado individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data da aceitação da proposta, ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes, quando não houver pagamento de prêmio.



No caso de haver o pagamento de prêmio, o início da vigência será às 24 (vinte e quatro) horas da data da recepção da proposta pela seguradora ou outra data se expressamente acordada entre as partes.

O término de vigência ocorrerá também às 24 (vinte e quatro) horas da data para tal fim indicada no certificado individual.

A Garantia de Antecipação Parcial do Capital de Morte Natural cessará quando o segurado atingir a idade de 65 (sessenta e cinco) anos.

14. RENOVAÇÃO

A apólice é emitida com o prazo de vigência de 5 (cinco) anos e será renovada automaticamente, por igual período, uma única vez, caso não haja expressa desistência de uma das partes até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência. As renovações posteriores ocorrerão somente mediante expressa solicitação do estipulante e desde que não implique em ônus ou dever para os segurados, ou redução de seus direitos.

No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, a cobertura do seguro cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.

Na renovação da apólice será emitido pela seguradora o certificado individual, contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada garantia contratada e o prêmio total.

Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. Caso a sociedade seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, sessenta dias que antecedam o final de vigência da apólice.

15. CAPITAL SEGURADO

O capital segurado contratado para cada garantia constará no certificado individual e é o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento, e será expresso em moeda corrente nacional.

Para todas as garantias deste seguro, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

Caso o segurado realize a contratação de mais de um seguro regido por estas Condições Gerais, a soma dos Capitais Segurados para uma mesma garantia não poderá ultrapassar o Limite



Técnico de Aceitação da Seguradora ou o limite máximo estipulado para sua idade na data da contratação.

16. ATUALIZAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO

Os valores de capitais segurados e prêmios, mencionados nestas condições gerais e referentes às garantias contratadas pelo segurado, serão atualizados anualmente, no aniversário do Certificado Individual, com base na variação acumulada do índice IGP-M/FGV, verificada entre o 14º mês e o 2º mês anteriores ao reajuste.

17. PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO

O prêmio do seguro poderá ser pago mensalmente ou anualmente, e sempre antecipadamente em relação ao período de vigência do seguro, e a forma de cobrança será estabelecida no ato da contratação.

Caso a data estabelecida para pagamento do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o segurado poderá efetuar o pagamento no primeiro dia útil após tal data, em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias.

Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, até o 90 (nonagésimo) dia posterior ao vencimento do prêmio em atraso será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a conseqüente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga aos beneficiários.

Fica estabelecido que após 3 (três) parcelas mensais do prêmio em atraso, consecutivas ou não, o seguro será automaticamente cancelado, não mais podendo ser restabelecido e não produzindo quaisquer efeitos, direitos ou obrigações desde a data de inadimplência. Neste caso não caberá qualquer restituição dos prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

Se houver interesse do segurado, deverá ser contratado um novo seguro com fiel observância de todos os pré-requisitos de contratação e aceitação previstos nestas Condições Gerais, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento.

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

O segurado obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição de tal correspondência.

A seguradora não cobrará nenhum prêmio adicional pela garantia de Antecipação Parcial do Capital de Morte Natural. Contudo, uma vez contemplado com o adiantamento oferecido por esta



garantia, o segurado deverá continuar pagando o valor integral de seu prêmio de seguro de vida para manter-se coberto pelas garantias contratadas.

De acordo com as características do seguro não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, exceto para suicídio ou tentativa de suicídio nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do contrato ou da sua recondução depois de suspenso, quando será devolvido o prêmio puro pago referente ao prazo de risco a decorrer, a contar da data de ocorrência do suicídio.

18. RECÁLCULO E REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO

O prêmio é estabelecido com base na faixa etária, no valor do Capital Segurado contratado, e no perfil do segurado, quando solicitado. Seu valor constará expressamente no Certificado Individual.

NA RENOVAÇÃO DO SEGURO, A CADA PERÍODO DE 5 (CINCO) ANOS, O VALOR DO PRÊMIO A SER COBRADO PELA SEGURADORA SERÁ ALTERADO EM RAZÃO DO REENQUADRAMENTO DO SEGURO À NOVA FAIXA ETÁRIA ATINGIDA PELO SEGURADO. O AUMENTO SERÁ LIMITADO AOS PERCENTUAIS DA TABELA A SEGUIR:

Faixa Etária	% Aumento
14 - 30	-
31 - 35	30,02%
36 - 40	37,87%
41 - 45	56,58%
46 - 50	83,03%
51 - 55	66,76%
56 - 60	51,64%
61 - 65	67,14%
66 - 70	50,09%
71 - 75	54,02%
76 - 80	56,29%
81 - 85	57,00%
86 - 90	56,14%
91 - 95	53,55%
96 - 100	48,83%
101 - 105	41,55%
106 - 109	31,59%

Se for constatado que a população segurada difere daquela que serviu de base para o cálculo atuarial, a Seguradora se reserva o direito de recalcular as taxas para preservar o equilíbrio atuarial. Na hipótese do segurado não aceitar as novas taxas propostas, o certificado individual poderá ser cancelado.



19. CANCELAMENTO DO SEGURO

O certificado individual poderá ser cancelado a qualquer tempo, mediante acordo entre a seguradora e o segurado, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago. Neste caso a seguradora reterá do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base “pro-rata-temporis”.

Neste caso, o prêmio a ser devolvido será corrigido pelo índice IGP-M/FGV, a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa do segurado, ou a partir da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da seguradora.

Na falta de pagamento do prêmio, o certificado individual será cancelado automaticamente pela seguradora.

A cobertura de qualquer certificado individual termina:

- a) Quando o segurado, mediante solicitação por escrito à seguradora, requerer o cancelamento do seguro;
- b) No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;
- c) Em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Gerais;
- d) Pelo pagamento da indenização por Morte;
- e) Pelo pagamento da indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente;
- f) Pelo pagamento da indenização por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.

20. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

Ocorrendo um evento coberto, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo segurado, beneficiário ou seu representante, conforme especificado nas Condições Contratuais através do telefone indicado em seu certificado individual, devendo ser informado:

- a) o nome completo do segurado e o número de seu certificado individual;
- b) local e o telefone em que pode ser encontrado;
- c) evento coberto ocorrido.



Para o Aviso de Sinistro, o beneficiário do segurado, ou o próprio segurado, deverá apresentar os seguintes documentos:

a) Do segurado:

- RG
- CPF
- Certidão de Nascimento ou Casamento
- Formulário de Aviso de Sinistro, fornecido pela seguradora, o qual deverá ser preenchido pelo segurado ou seu beneficiário e o médico assistente do segurado.

b) Do(s) beneficiário(s):

- Pais: RG e CPF;
- Cônjuge: Certidão de Casamento, RG e CPF;
- Companheira(o): RG e CPF e comprovação de dependência na Carteira Profissional ou Imposto de Renda, junto ao INSS;
- Filhos: Certidão de Nascimento e RG, sendo que:

1) Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos serão devidamente representado em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

2) Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistido em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

Deverá ser entregue ainda a seguinte documentação por tipo de ocorrência:

EM CASO DE MORTE NATURAL:

- Certidão de Óbito;
- Relatório médico (formulário original fornecido pela seguradora) com laudo médico definitivo.

EM CASO DE MORTE ACIDENTAL:

- Certidão de Óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Laudo de Necropsia.

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE:

- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- Relatório detalhado do médico atestando o percentual de Invalidez Permanente;



- Radiografias e outros exames médicos que tenham sido realizados.

EM CASO DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA:

- 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 Autônômicas do Segurado;
- 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.

EM CASO DE ANTECIPAÇÃO PARCIAL DO CAPITAL DE MORTE NATURAL:

- Documentos de comprovação do segurado;
- Laudo médico detalhado que comprove a doença em fase terminal do segurado;
- Exames que respaldem o diagnóstico apresentado, originados de estudos clínicos, radiológicos, histológicos ou laboratoriais.

Importante: Toda cópia apresentada deverá ser autenticada em cartório.

21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro são de responsabilidade do segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela sociedade seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias do sinistro. 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.

Todos os pagamentos de indenizações referentes a esse seguro serão efetuados no Brasil e em moeda corrente nacional.

O prazo para pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos nestas condições gerais. No caso de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização estará sujeito à aplicação de juros de mora de 1% ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.

Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos à atualização monetária pela variação positiva do índice IGP-M/FGV, a partir da data de ocorrência do evento até a data do efetivo



pagamento, somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 (trinta) dias fixado para pagamento da indenização.

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como **data do evento**, quando da liquidação dos sinistros:

- I. Para a garantia de Morte Natural, a data do falecimento;
- II. Para as garantias de Acidentes Pessoais, a data do acidente;
- III. Para a garantia de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a data indicada na Declaração Médica;
- IV. Para as demais coberturas de risco, a data da ocorrência do evento coberto, conforme definido nas condições gerais.

No caso de segurados menores de idade, as indenizações por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e por Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença serão pagas conforme a seguir:

- a) Pessoas de idade inferior a 16 (dezesesseis) anos – as indenizações serão pagas em nome do menor segurado, devidamente representado em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o tutor do menor o representará;
- b) Pessoas de idade de 16 (dezesesseis) a 21 (vinte e um) anos, exclusive – as indenizações serão pagas ao menor segurado, devidamente assistido em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o tutor do menor o assistirá.

Em caso de ocorrência de Invalidez Permanente Total por Acidente, seguida de morte do segurado em consequência do mesmo acidente, sem que tenha havido tempo hábil para pagamento da indenização, o valor desta será pago de acordo com a Cláusula Beneficiária constante destas condições gerais.

As indenizações por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente Total por Acidente verificar-se a morte do segurado dentro de um ano a contar da data do acidente e em consequência do mesmo acidente, a seguradora pagará a indenização devida para a garantia de Morte Acidental, deduzida da importância já paga por Invalidez Permanente Total por Acidente.

22. JUNTA MÉDICA

Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, será proposta pela seguradora, por meio



de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

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

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

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

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

23. PERÍCIA DA SEGURADORA

O segurado, na contratação do seguro, 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 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.

A Seguradora poderá, sempre que considerar necessário para a legitimação do estado de invalidez do Segurado, seja por doença ou acidente, solicitar que o Segurado submeta-se a exames clínicos ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação, assumindo os respectivos custos, visando confirmar grau de abrangência do estado de invalidez.

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.

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

Em caso de impossibilidade da realização da perícia, devido ao desaparecimento dos sintomas ou da condição de invalidez, a seguradora devolverá a documentação ao segurado, que ficará sem direito ao recebimento de qualquer indenização.



24. PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

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

As atualizações serão efetuadas com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

No caso de extinção ou vedação do IPCA/IBGE como índice de atualização de valores, a seguradora utilizará o índice IGPM-FGV ou o índice que vier a substituí-lo.

Em caso de alteração dos critérios de atualização monetária estabelecidos pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) em função de legislação superveniente, fica acordado que as condições previstas neste item serão imediatamente enquadradas às novas disposições.

25. PERDA DE DIREITOS

O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando:

- a) deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;**
- b) agravar intencionalmente o risco segurado;**
- c) por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e o seu representante legal procurar obter benefícios do presente contrato;**
- d) fizer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:
 - I. na hipótese de não ocorrência do sinistro: cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido, ou permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível.**
 - II. na hipótese de ocorrência de sinistro, sem indenização integral: 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 permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado.****



III. na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível.

- e) deixar de comunicar imediatamente à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

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

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

- f) o sinistro decorrer de dolo do segurado, má-fé, fraude e/ou simulação.

Comprovado algum tipo de fraude, a seguradora dará por nulo o respectivo Certificado Individual e iniciará os procedimentos legais com o objetivo de solicitar o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

26. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

26.1. Beneficiários em caso de Morte do segurado principal

A indicação de beneficiários é de livre escolha do segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito e que deverá ser mantida em poder da seguradora.

Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado à cada um.

Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o capital segurado ao antigo beneficiário designado.

Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.



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

- a) Para segurado casado ou em união estável, 50% ao cônjuge ou companheiro(a), devidamente reconhecido(a) na forma da lei, se houver, e 50% aos herdeiros legais, obedecida a ordem de vocação hereditária;
- b) Na falta dos herdeiros legais, será pago 100% da indenização ao cônjuge ou companheiro(a) devidamente reconhecido(a) na forma da lei;
- c) Na falta do cônjuge ou companheiro(a), devidamente reconhecido(a) na forma da lei, será pago 100% da indenização aos herdeiros legais do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária;
- d) Na falta de cônjuge, companheiro(a), devidamente reconhecido(a) na forma da lei, e de herdeiros legais, respeitada a ordem de vocação hereditária, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

26.2. Beneficiários em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença e Antecipação Parcial do Capital por Morte Natural

Nestas garantias, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com o item 26.1 desta cláusula beneficiária.

26.3. Beneficiários em caso de Morte do Cônjuge

Nesta garantia, o beneficiário será sempre o segurado principal podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade.

Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do cônjuge, os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e cônjuge, deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

27. ALTERAÇÃO DA APÓLICE

Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e receber concordância de ambas as partes contratantes.

Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

Como alteração de risco considera-se, por exemplo, as seguintes ocorrências:



- **Mudança de profissão;**
- **Mudança de residência do segurado para outro país;**
- **Informações falsas ou incorretas.**

28. COMUNICAÇÕES

As comunicações do segurado somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da seguradora ou via Central de Atendimento. As comunicações da seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na proposta de adesão.

As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do segurado.

29. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

30. OUVIDORIA

Com intuito de ampliar os canais de comunicação e estreitar o relacionamento com o nosso cliente, desde 20 de maio divulgamos alguns canais exclusivos para a Ouvidoria AIG.

A Ouvidoria é um componente organizacional da empresa voltado para ser um interlocutor entre os consumidores e a AIG. O canal atende as manifestações dos clientes, registradas sob a forma de reclamações, denúncias, sugestões, críticas e elogios.

A informação sobre os novos canais foram divulgadas no site da empresa.

As reclamações deverão ser endereçadas à:

Telefone: 0800 724 0219

E-mail: ouvidoria@aig.com

31. FORO

Fica eleito o foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

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



CONDIÇÕES ESPECIAIS

CLÁUSULA 1ª – GARANTIA DE MORTE POR QUALQUER CAUSA (MQC)

1. O QUE ESTÁ COBERTO

É a garantia do pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice para esta garantia, aos(s) beneficiário (s) do seguro, no caso de Morte Natural ou Acidental do segurado, ocorrido durante a vigência do certificado individual, observadas as Condições Gerais e Especiais do Seguro.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Todos os riscos mencionados nos itens n.º 08 – Riscos Excluídos, n.º 25 - Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 29 - Prescrição, das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia.



CLÁUSULA 2ª – GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – (I.P.A.)

1. O QUE ESTÁ COBERTO

A cobertura de Invalidez Permanente por Acidente garante o pagamento de uma indenização ao segurado, limitada a 100% da garantia de Morte por Qualquer Causa, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do seguro. A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do segurado está limitada ao capital segurado contratado e definido no certificado individual e observadas as Condições Gerais e Especiais deste seguro.

Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela para o cálculo da indenização descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA A SEGURADA
TOTAL	<i>Perda total da visão de ambos os olhos</i>	100
	<i>Perda total do uso de ambos os membros superiores</i>	100
	<i>Perda total do uso de ambos os membros inferiores</i>	100
	<i>Perda total do uso de ambas as mãos</i>	100
	<i>Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior</i>	100
	<i>Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés</i>	100
	<i>Perda total do uso de ambos os pés</i>	100
	<i>Alienação mental total e incurável</i>	100
PARCIAL DIVERSAS	<i>Perda total da visão de um olho</i>	30
	<i>Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver outra vista</i>	70
	<i>Surdez total incurável de ambos os ouvidos</i>	40
	<i>Surdez total incurável de um dos ouvidos</i>	20
	<i>Mudez incurável</i>	50
	<i>Fratura não consolidada do maxilar inferior(mandíbula)</i>	20
	<i>Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral</i>	20
	<i>Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral</i>	25



PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	<i>Perda total do uso de um dos membro superiores</i>	70
	<i>Perda total do uso de uma das mãos</i>	60
	<i>Fratura não consolidada de um dos úmeros</i>	50
	<i>Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio- ulnares</i>	30 25
	<i>Anquilose total de um dos ombros</i>	25
	<i>Anquilose total de um dos cotovelos(cúbitos)</i>	20
	<i>Anquilose total de um dos punhos</i>	
	<i>Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano</i>	25
	<i>Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano</i>	18 09
	<i>Perda total do uso da falange distal do polegar</i>	15
	<i>Perda total do uso de um dos dedos indicadores</i>	
	<i>Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios</i>	12 09
	<i>Perda total do uso de um dos dedos anulares</i>	
	<i>Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo</i>	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	<i>Perda total do uso de um dos membros inferiores</i>	70
	<i>Perda total do uso de um dos pés</i>	50
	<i>Fratura não consolidada de um fêmur</i>	50
	<i>Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbios peroneiros</i>	25
	<i>Fratura não consolidada da rótula (patela)</i>	20
	<i>Fratura não consolidada de um pé</i>	20
	<i>Anquilose total de um dos joelhos</i>	20
	<i>Anquilose total de um dos tornozelos</i>	20
	<i>Anquilose total de um quadril</i>	20
	<i>Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé</i>	25
	<i>Amputação do primeiro dedo</i>	10
	<i>Amputação de qualquer outro dedo</i>	03
	<i>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:</i>	
	<i>Encurtamento de um dos membros inferiores:</i>	
	<i>* de 5 (cinco) centímetros ou mais</i>	15
	<i>* de 4 (quatro) centímetros</i>	10
	<i>* de 3 (três) centímetros</i>	06
<i>* menos de 3 (três) centímetros:</i>	s/indenizaçã o	



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

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

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

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).

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.

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.

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

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

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à Seguradora.

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

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

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

Em caso de Invalidez Permanente Total, após o pagamento da indenização, o certificado individual será cancelado automaticamente.



2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além de todos os riscos mencionados nos itens n.º 08 – Riscos Excluídos, n.º 25 - Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 29 - Prescrição, das Condições Gerais, também estão excluídos desta garantia.

- a) *qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências, mesmo quando provocada por acidente;*
- b) *parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo quando provocado por acidente;*
- c) *perturbações e intoxicações de qualquer espécie, independente da forma de contato;*
- d) *o choque anafilático e suas conseqüências;*
- e) *intercorrências e complicações conseqüentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;*
- f) **doenças profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;**
- g) **A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente;**
- h) **As lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas sob a nomenclatura de LER – DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo e,**
- i) **As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal, definido nas mencionadas Normas do Seguro de Acidentes Pessoais.**

Estão ainda expressamente excluídos da cobertura desta Garantia adicional, os acidentes ocorridos em conseqüência de:

- a) participação do Segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional; salvo em prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- b) competições em veículos, inclusive treinos preparatórios, exceto nos casos de utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esportes, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;



- c)** quaisquer alterações mentais, direta ou indiretamente conseqüentes do uso de álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- d)** lesão intencionalmente auto-infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero e,



CLÁUSULA 3ª – GARANTIA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (I.E.A) – Diferente da Definição em 7.1

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Garante ao beneficiário do seguro o pagamento de um capital adicional ao da Garantia Básica, limitado a 100% desta, em caso de morte decorrente de Acidente Pessoal coberto.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além de todos os riscos mencionados nos itens n.º 08 – Riscos Excluídos, n.º 25 - Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 29 - Prescrição, das Condições Contratuais, também estão excluídos desta garantia.

- a) Acidente vascular cerebral;**
- b) Parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo quando provocadas por acidente;**
- c) Perturbações e intoxicações de qualquer espécie, independente da forma de contato;**
- d) Choque anafilático e suas conseqüências;**
- e) intercorrências e complicações conseqüentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;**
- f) Doenças, quaisquer que sejam as causas, inclusive as profissionais, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível e,**
- g) A hérnia e suas conseqüências.**

Estão ainda, expressamente excluídos da cobertura desta Garantia, os acidentes ocorridos em conseqüência de:

- a) Participação do Segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo em prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;**
- b) Lesão intencionalmente auto-infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero.**



CLÁUSULA 4ª – GARANTIA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

1. O QUE ESTÁ COBERTO

A cobertura de invalidez Funcional Permanente Total por Doença garante ao segurado, desde que este o requeira, o pagamento antecipado do capital segurado para a cobertura básica de Morte por Qualquer Causa, em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, conseqüente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente.

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

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.

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 neoplásticas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em plano de tratamento direcionados à cura e ou 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 seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;



g) Deficiência visual, decorrente de doença:

- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Casos nos quais o somatório da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º ou,
- Ocorrências simultâneas 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.

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

O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (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).



Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos

Atributos	Escala	Pontos
Relações do segurado com o cotidiano	1º Grau O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação, Deambula livremente; Sai à rua sozinho e sem auxílio; Esta capacitado a dirigir veículos automotores; Mantém suas atividades da vida civil, preservando 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 médio constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º Grau O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20



Conectividade e do segurado com a vida	1º Grau O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar os dentes, pentear-se, barbear-se, banhar-se, enxugar-se mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	00
	2º Grau O segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; Entrar e sair do chuveiro; Para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter as necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres)	10
	3º Grau O segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias	20

Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade

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
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade	04
Há ou ouve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e ou refratariedade terapêutica	08

O 1º Grau de cada atributo descreve situações que caracterizam independência do segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.

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

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



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

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

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

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

Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

O pagamento da garantia de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e das Condições Especiais, sem qualquer, devolução de prêmios.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além de todos os riscos mencionados nos itens n.º 08 – Eventos Excluídos, n.º 25 - Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 29 - Prescrição, das Condições Gerais, também estão excluídos desta garantia, ainda que, redundando em Quadro Clínico Incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

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



CLÁUSULA 5ª – GARANTIA DE MORTE DO CÔNJUGE POR QUALQUER CAUSA

1. O QUE ESTÁ COBERTO

É a garantia do pagamento do capital segurado contratado e definido no certificado individual para esta cobertura, ao segurado principal, no caso de Morte Natural ou Acidental do cônjuge, ocorrida durante a vigência do certificado individual, observadas as Condições Gerais e Especiais do Seguro.

Equipara-se ao cônjuge o(a) companheiro(a) do segurado principal, devidamente reconhecido(a) na forma da lei, se na data da contratação do seguro o segurado era separado judicialmente, ou se já se encontrava separado de fato.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Todos os riscos mencionados nos itens 8. Riscos Excluídos, 25. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 29 Prescrição, das Condições Gerais, estão excluídos desta garantia.



CLÁUSULA 6ª – GARANTIA DE ANTECIPAÇÃO PARCIAL DO CAPITAL DE MORTE NATURAL

1. O QUE ESTÁ COBERTO

Garante ao segurado o pagamento antecipado de 50% do valor do Capital Segurado contratado para a garantia de Morte Natural, observado o limite máximo de R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais), durante o período de vigência do seguro, se houver diagnóstico de doença em fase terminal.

Para fins de aplicação desta garantia, entende-se como doença em fase terminal, aquela diagnosticada por médico especialista, legalmente habilitado, que ateste que o segurado padece de uma doença que ocasionará seu falecimento, presumidamente, num prazo máximo de 6 (seis) meses, contados da data de tal diagnóstico. Esse diagnóstico deverá ser emitido pela primeira vez após a data de contratação do seguro.

O adiantamento a ser concedido pela garantia de Antecipação Parcial do Capital de Morte Natural será pago uma única vez.

A diferença entre o valor do adiantamento previsto nesta garantia e o valor efetivamente contratado para a garantia de Morte Natural será paga ao(s) beneficiário(s) quando do falecimento do segurado.

2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além dos riscos mencionados nos itens 8. Riscos Excluídos, 25. Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 30. Prescrição, das Condições Gerais, está excluída desta garantia, toda doença que tenha como origem ou causa a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Também estão excluídas as doenças em fase terminal decorrentes de:

- a) ferimentos ou doenças causadas intencionalmente pelo próprio segurado;
- b) uso indevido de álcool, drogas ou narcóticos, salvo quando estes tiverem sido prescritos por um profissional médico habilitado e consumidos de acordo com tal prescrição;
- c) intervenções médicas ou tratamentos com drogas ou materiais experimentais, qualquer que seja a fase de desenvolvimento destes;
- d) anomalias congênitas e patológicas delas derivadas ou resultantes;
- e) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado, não declaradas na proposta de adesão.

3. CANCELAMENTO

Além das situações mencionadas nas Condições Gerais, a vigência da garantia de Antecipação Parcial do Capital de Morte Natural cessará quando o segurado atingir a idade de 65 (sessenta e cinco) anos.