

CONDIÇÕES GERAIS

EMPRESARIAL PRESTAMISTA
CAPITAL VINCULADO

15414.001248/2012-45



CNPJ: 61.383.493/0001-80

PLANO COLETIVO EMPRESARIAL PRESTAMISTA CAPITAL VINCULADO

03/2023

SOMPO SEGUROS S.A - CNPJ 61.383.493/0001-80

Endereço: Rua Cubatão, 320 - São Paulo/SP - CEP: 04013-001

www.sompo.com.br

A Ouvidoria poderá ser acionada para atuar na defesa dos direitos dos consumidores, para prevenir, esclarecer e solucionar conflitos não atendidos pelos canais de atendimento habituais.

CANAIS DE ATENDIMENTO

Grande São Paulo: 3156-2990 - Demais Localidades: 0800 77 19 119 - Ouvidoria: 0800 77 32 527

Deficientes Auditivos ou de Fala: 0800 77 19 759 - Disque Denúncia: 0800 015 31 56

SAC Seguros: 0800 77 19 719

Prezado(s) Sr(s),

Parabéns!

Seja(m) bem vindo(s) à crescente família de segurados da Sompo Seguros.

A partir de agora, seus clientes contarão com a tranquilidade e proteção de uma seguradora com mais de 60 anos de experiência e solidez.

Apresentamos a seguir as Condições Gerais e Especiais do seguro Empresarial Prestamista – Capital Fixo, que estabelecem as normas de funcionamento das coberturas contratadas.

Deverão ser consideradas nas Condições Especiais apenas as coberturas contratadas.

É importante que todos os segurados tenham expresso conhecimento das condições de contratação deste seguro, das obrigações, restrições e exclusões, evitando dúvidas quanto à sua utilização.

Lembre(m)-se: a Sompo Seguros e seu Corretor estarão sempre prontos para atender suas necessidades de proteção, agora e no futuro.

Atenciosamente,

SOMPO SEGUROS

CANAIS DE ATENDIMENTO

Grande São Paulo - 3156-2990

Demais Localidades - 0800 77 19 119

www.consumidor.gov.br

SAC - Cancelamento, Reclamações, Informações Gerais:

Automóvel, Riscos Especiais, Transportes e Vida – 0800 77 19 719

Atendimento Deficiente Auditivo e de Fala: 0800 77 19 759

Ouvidoria: 0800 77 32 527

A Ouvidoria da Sompo Seguros é um canal de comunicação adicional, que permite aos segurados, beneficiários e corretores manifestarem suas opiniões sobre os produtos e serviços disponibilizados pela Seguradora. Ela não substitui e nem invalida a atuação dos diversos setores e departamentos da Seguradora no atendimento das demandas de segurados e corretores, devendo ser acionada apenas como último recurso para solução de algum problema ou conflito junto a Seguradora.

As solicitações e reclamações devem ser encaminhadas contendo informações mínimas

para a devida análise: o nome do segurado/beneficiário, CPF/CNPJ, ramo do seguro, número da apólice/proposta, número do sinistro (se houver), descrição detalhada do assunto, telefone e e-mail para contato e o número do protocolo do canal de atendimento utilizado antes de acionar a Ouvidoria.

O número do protocolo do atendimento anterior é obrigatório para registrar uma demanda na Ouvidoria. Caso a demanda seja feita na Ouvidoria sem o número do protocolo, a mesma será direcionada ao SAC.

Os assuntos recebidos serão analisados e respondidos em até 15 dias contados a partir da data do recebimento da manifestação.

De segunda a sexta-feira das 8h30 às 17h30.

**CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
PLANO COLETIVO EMPRESARIAL PRESTAMISTA – CAPITAL VINCULADO**

ÍNDICE GERAL

CONDIÇÕES GERAIS	07
1. OBJETIVO DO SEGURO	07
2. DEFINIÇÕES	07
3. GARANTIAS DO SEGURO	10
4. RISCOS EXCLUÍDOS	10
5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO	11
6. CONTRATAÇÃO	11
7. PROPOSTA DE ADESÃO-INGRESSO NO SEGURO	12
8. CERTIFICADO INDIVIDUAL	13
9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE E DO RISCO INDIVIDUAL	13
10. CUSTEIO DO SEGURO	14
11. CAPITAL SEGURADO	14
12. BENEFICIÁRIOS	15
13. PAGAMENTO DE PRÊMIO	15
14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE CAPITAIS SEGURADOS E DE PRÊMIOS	17
15. RECÁLCULO DOS VALORES DO SEGURO	17
16. REAVALIAÇÃO E REAJUSTE DE TAXAS E PRÊMIOS	17
17. CARÊNCIA E FRANQUIA	17
18. CESSAÇÃO DE COBERTURA INDIVIDUAL	18
19. PERDA DE DIREITOS	18
20. ALTERAÇÃO CONTRATUAL	19
21. CANCELAMENTO DO SEGURO	19
22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	20
23. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA-OBRIGAÇÕES	22
24. REGIME FINANCEIRO	22
25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	22
26. DISPOSIÇÕES GERAIS	22
27. FORO	23
I - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	24
1. RISCOS COBERTOS	24
2. RISCOS EXCLUÍDOS	25
3. CAPITAL SEGURADO	25
4. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	25
5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	25
6. JUNTA MÉDICA	26
7. DISPOSIÇÕES GERAIS	26

II - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES (DG)	27
1. RISCOS COBERTOS.....	27
2. RISCOS EXCLUÍDOS	27
3. CAPITAL SEGURADO.....	28
4. CARÊNCIA.....	28
5. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	28
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	28
7. JUNTA MÉDICA.....	28
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	28
III - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA TERMINAL (DT)	29
1. RISCOS COBERTOS.....	29
2. RISCOS EXCLUÍDOS	29
3. CAPITAL SEGURADO.....	29
4. CARÊNCIA.....	29
5. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL	29
6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	29
7. JUNTA MÉDICA.....	30
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	30
IV - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO	31
1. RISCOS COBERTOS.....	31
2. RISCOS EXCLUÍDOS	31
3. CAPITAL SEGURADO.....	31
4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	31
5. CARÊNCIA.....	32
6. FRANQUIA.....	32
7. ACUMULAÇÕES DE INDENIZAÇÕES.....	32
8. DISPOSIÇÕES GERAIS	32
V-CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA	34
1. RISCOS COBERTOS.....	34
2. RISCOS EXCLUÍDOS	34
3. CAPITAL SEGURADO.....	35
4. CARÊNCIA.....	35
5. FRANQUIA.....	35
6. JUNTA MÉDICA.....	35
7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	35
8. ACUMULAÇÕES DE SINISTROS	36
9. DISPOSIÇÕES GERAIS	36

VI - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL.....	37
1. OBJETIVO DA COBERTURA DE PERDA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	37
2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL	37
3. RISCOS EXCLUÍDOS	38
4. CAPITAL SEGURADO.....	38
5. CARÊNCIA.....	38
6. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA.....	38
7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	38
8. RATIFICAÇÃO	39
VII - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL	40
1. OBJETIVO DA COBERTURA DE PERDA DE AUXÍLIO FUNERAL	40
2. RISCOS EXCLUÍDOS	40
3. CAPITAL SEGURADO.....	40
4. CARÊNCIA.....	40
5. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	40
6. RATIFICAÇÃO	40
VIII - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA	41
1. OBJETIVO DA COBERTURA DE PERDA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA	41
2. RISCOS EXCLUÍDOS	41
3. CAPITAL SEGURADO.....	41
4. CARÊNCIA.....	41
5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA.....	41
6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO	41
7. RATIFICAÇÃO	42
IX-CONDIÇÕES ESPECIAIS DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE REVERSÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO	43
1. OBJETIVO.....	43
2. CRITÉRIOS PARA DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO.....	43
3. APURAÇÃO DE RESULTADO	43
4. DISPOSIÇÕES GERAIS	44

CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

- 1.1. Este seguro tem por objetivo amortizar ou custear, total ou parcialmente, obrigação assumida pelo devedor, caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas contratadas, até o limite do capital segurado contratado, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.

2. DEFINIÇÕES

- 2.1. Os termos e expressões abaixo, quando utilizadas no corpo destas Condições Gerais e das Condições Especiais das coberturas contratadas, terão os significados aqui considerados:
- a) **Acidente Pessoal:** o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a Morte, a Invalidez Permanente, Total ou Parcial, a incapacidade temporária ou que torne necessário tratamento médico, observando-se, que o suicídio, ou sua tentativa, será equiparado, para fins de pagamento de indenização, a acidente pessoal.
 - b) **Agravamento de Risco:** toda e qualquer ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance da ocorrência do sinistro.
 - c) **Apólice:** documento emitido pela SOMPO Seguros formalizando a aceitação da(s) cobertura(s) solicitada(s) pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.
 - d) **Atividade Profissional:** ocupação profissional declarada pelo Segurado, reconhecida legalmente, da qual ele auferir seu rendimento e provém seu sustento.
 - e) **Atividade Laborativa Principal:** aquela por meio da qual o Segurado obteve maior renda, dentro de determinado exercício anual.
 - f) **Ato Doloso:** ato intencional praticado no intuito de prejudicar a outrem.
 - g) **Ato Ilícito:** toda ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.
 - h) **Aviso de Sinistro:** comunicação da ocorrência de um sinistro feita pelo Segurado ou beneficiário à SOMPO Seguros, assim que dele tenha conhecimento.
 - i) **Beneficiários:** pessoa natural ou jurídica designada para receber a indenização, na hipótese de ocorrência do sinistro.
 - j) **Boa-fé:** no contrato de seguro, é o procedimento absolutamente honesto que devem ter o Segurado e a SOMPO Seguros, agindo ambos com total transparência, isentos de vícios e convictos de que atuam em conformidade com a lei.
 - k) **Cancelamento:** dissolução antecipada do contrato de seguro.
 - l) **Capital segurado:** valor máximo, para a cobertura contratada, a ser pago pela SOMPO Seguros na ocorrência do sinistro coberto.
 - m) **Carência:** período de tempo durante o qual a SOMPO Seguros está isenta de qualquer responsabilidade indenizatória, ainda que se verifique a existência de Sinistro passível de cobertura.
 - n) **Certificado individual:** documento destinado ao segurado emitido pela sociedade Seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio.
 - o) **Cláusula Suplementar:** cláusula que permite a inclusão de Segurados Dependentes no seguro.

- p) **Cobertura de Risco:** coberturas de seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.
- q) **Condições contratuais:** conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas Condições Gerais e Condições Especiais
- r) **Condições Especiais:** conjunto de cláusulas que regulam especificamente cada uma das coberturas e das cláusulas suplementares que possam ser contratadas.
- s) **Condições Gerais:** conjunto de cláusulas que regem este seguro, estabelecendo suas características gerais e os direitos e obrigações da Seguradora, do Estipulante, dos Segurados e dos Beneficiários.
- t) **Contrato de Seguros:** instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a Seguradora que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixam os direitos e obrigações das partes, podendo alterar disposições das Condições Gerais e Especiais.
- u) **Corretor de Seguros:** pessoa natural ou jurídica legalmente autorizada a angariar e promover contratos de seguro entre as Seguradoras do Mercado e o Segurado. É um profissional autônomo escolhido pelo Segurado e/ou seu representante legal junto à Seguradora
- v) **Credor:** aquele a quem o segurado paga prestações periódicas em decorrência da dívida contraída ou do compromisso assumido
- w) **Data do Evento:** data de caracterização do sinistro, definida de acordo com as Condições Especiais de cada uma das coberturas contratadas na Apólice.
- x) **Declaração Médica:** documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido pelo Segurado ou pelos Beneficiários emite sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- y) **Declaração Pessoal de Saúde e Atividade:** informações prestadas pelos proponentes em questionário constante da Proposta de Adesão.
- z) **Devedor:** aquele que deve pagar o valor decorrente da obrigação contratada.
- aa) **Doenças e Lesões Preexistentes:** são as doenças ou lesões, inclusive as congênitas, contraídas pelo Segurado anteriormente à data de sua adesão ao seguro, caracterizando-se pela existência de qualquer alteração evidente do seu estado de saúde que era de seu prévio conhecimento na data da contratação do seguro e que poderá ser identificada pela SOMPO Seguros por todos os meios de verificação que sejam aceitos como prova, inclusive em prontuários médico-hospitalares, consultórios, clínicas, laboratórios e hospitais ou quaisquer outros meios.
- bb) **Endosso:** documento emitido pela Seguradora durante a vigência da apólice formalizando alteração contratual havida .
- cc) **Estipulante:** pessoa natural ou jurídica que contrata apólice coletiva de seguros, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante a SOMPO Seguros. A atuação do estipulante como representante do grupo segurado deve estar pautada pela preservação prioritária dos interesses do grupo. A relação contratual entre a sociedade seguradora e o estipulante não pode constituir conflito de interesse em relação à representação que este possui do grupo segurado
- dd) **Evento Coberto:** acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas contratadas, que caracteriza sinistro.
- ee) **Excedente técnico:** saldo positivo obtido pela seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.
- ff) **Formulário de Aviso de Sinistro:** documento fornecido ao Corretor de Seguros para ser entregue ao Segurado ou Beneficiário para o devido preenchimento, devolvendo com os documentos básicos solicitados nas Condições Gerais e Especiais, quando da ocorrência de um evento. É o documento obrigatório para que seja feita a comunicação formal da ocorrência do sinistro.
- gg) **Fracionamento do Prêmio:** modalidade em que a vigência do seguro se reduz à falta de pagamento integral do prêmio ajustado.

- hh) **Franquia:** período, contado em dias, durante o qual o Segurado não terá direito ao recebimento do capital segurado previsto. A franquia é deduzida por evento ocorrido.
- ii) **Grupo segurado** é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice.
- jj) **Grupo segurável:** aquele constituído por pessoas físicas vinculadas ao Estipulante, assim como, nas hipóteses de contratação de Cláusulas Suplementares, seus cônjuges ou companheiros e filhos dependentes.
- kk) **Indenização:** pagamento efetuado pela SOMPO Seguros ao Segurado ou ao(s) seu(s) Beneficiário(s), quando da ocorrência do evento coberto, durante o período de vigência do contrato de seguro.
- ll) **Início de vigência:** é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
- mm) **Natimorto:** criança que ao nascer já se encontra morta.
- nn) **Obrigação:** dívida ou compromisso financeiro a que o seguro está atrelado, com vínculo contratual entre credor e devedor, que confere ao credor o direito de exigir do devedor o pagamento do valor correspondente.
- oo) **Período de cobertura:** período durante o qual o Segurado ou Beneficiário(s) quando for o caso, fará(ão) jus ao capital contratado.
- pp) **Prêmio:** valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
- qq) **Processo SUSEP:** é o número de registro deste Produto na SUSEP.
- rr) **Proponente:** o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
- ss) **Proposta de adesão Individual:** documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa natural, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
- tt) **Proposta de contratação:** documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa natural ou jurídica, expressa a intenção de contratar, em proveito de grupo de pessoas a ele vinculado, uma ou mais coberturas previstas e pelo qual manifesta seu prévio conhecimento das Condições.
- uu) **Regime financeiro de Repartição Simples:** método através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração apurados nesse mesmo período.
- vv) **Regulação de Sinistro:** conjunto de procedimentos a cargo da Seguradora que visa apurar se a ocorrência de um determinado evento, analisadas suas causas e circunstâncias, está garantida por uma das coberturas contratadas, e, em caso positivo, quantificar o valor do capital segurado devido.
- ww) **Risco Decorrido:** aquele em que o prêmio do seguro é pago somente após o risco objeto do contrato já ter passado, sendo prestada a garantia pela Seguradora antecipadamente.
- xx) **Riscos Excluídos:** são aqueles riscos, previstos nas condições gerais, especiais e/ou no contrato, que não serão cobertos pelo plano de seguro.
- yy) **Segurado:** pessoa natural que mantém vínculo com o estipulante e sobre qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro.
- zz) **Segurados Dependentes:** o cônjuge ou companheiro(a) e os filhos dependentes do Segurado Principal, assim considerados de acordo com a legislação da Previdência Social e do Imposto de renda.
- aaa) **Seguradora:** empresa devidamente autorizada a operar seguros e que garante os riscos previstos nas coberturas contratadas.
- bbb) **Sinistro:** a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro
- ccc) **Vigência:** período pelo qual está contratada a cobertura do seguro.

3. GARANTIAS DO SEGURO

As coberturas do seguro dividem-se em básica, de contratação obrigatória de pelo menos uma cobertura, e adicionais, de contratação opcional, além de cláusulas suplementares, de contratação opcional.

3.1. Cobertura Básica de Morte

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do segurado, causada exclusivamente por acidente pessoal, sem prejuízo do recebimento do capital segurado referente à cobertura por morte, se contratada, devidamente coberta e respeitadas todas as cláusulas contratuais do seguro.

3.2. Cobertura Básica de Morte Acidental

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital segurado contratado em caso de morte do segurado, causada exclusivamente por acidente pessoal, sem prejuízo do recebimento do capital segurado referente à cobertura por morte, se contratada, devidamente coberta e respeitadas todas as cláusulas contratuais do seguro.

3.3. Coberturas Adicionais

Este seguro pode contemplar, opcionalmente, as seguintes coberturas adicionais, obedecidas as conjugações permitidas, que serão especificadas em condições especiais, no contrato e no certificado, se contratadas:

- a) Cobertura Adicional de Invalidez Permanente e Total por Acidente (IPTA);
- b) Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG);
- c) Cobertura Adicional de Doença Terminal (DT);
- d) Cobertura Adicional de Perda de Renda por Desemprego Involuntário;
- e) Cobertura Adicional de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença.
- f) Cobertura Adicional de Assistência Funeral
- g) Cobertura Adicional de Auxílio Funeral
- h) Cobertura Adicional de Auxílio Cesta Básica

3.4. Cláusulas suplementares

Este seguro pode contemplar, opcionalmente, a seguinte cláusula adicional, que será especificada em condições especiais, no contrato e no certificado, **se contratada**:

- a) Reversão de Excedente Técnico.

3.5. No caso de menores de 14 (quatorze) anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, mediante apresentação de comprovantes, incluindo despesas com traslado. Não estarão cobertas despesas com aquisição, aluguel, manutenção de terrenos e jazigos.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

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

- a) 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) 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, atos

- terroristas ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto quando da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) doenças, acidentes ou lesões preexistentes a adesão ao seguro, de conhecimento do Segurado e não declaradas na Proposta de Adesão, inclusive as congênitas;
 - c.1) de doenças preexistentes à contratação do seguro que foram excluídas através de expresso acordo entre as partes (Proponente e Seguradora), conforme alínea “e” do item 7 (Proposta de Adesão);
 - d) epidemias e pandemias decalradas por órgão competente;
 - e) suicídio, ou da sua tentativa, ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro, ou da sua recondução depois de suspenso, conforme o art. 798 do Código Civil;
 - f) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário, por sócios controladores, dirigentes e administradores da estipulante pessoa jurídica ou pelos respectivos representantes.
- 4.2. Observadas as coberturas contratadas, estão também excluídos os seguintes riscos e suas consequências, decorrentes de acidente pessoal:
- a) ocorrido em consequência de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
 - b) ocorrido em consequência de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, exceto quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DAS COBERTURAS DO SEGURO

- 5.1. As coberturas do seguro abrangem eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. CONTRATAÇÃO

- 6.1. A contratação do seguro será efetivada por meio de preenchimento de proposta de contratação, datada e assinada pelo proponente (Estipulante), por seu representante legal ou pelo corretor de seguros.
- 6.2. A seguradora obrigatoriamente fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 6.3. A proposta de contratação conterá os elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, com a expressa intenção de o proponente, seu representante legal ou corretor de seguros, contratar uma cobertura (ou coberturas), além da manifestação de seu pleno conhecimento das condições contratuais do seguro.
- 6.4. A aceitação da proposta de contratação está sujeita à análise do risco.
- 6.5. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta de contratação, contados a partir da data de seu recebimento, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.
- 6.6. O prazo de 15 (quinze dias), descrito acima será suspenso se a SOMPO Seguros solicitar a apresentação de novos documentos ou informações, complementares ou explicativas às contidas na Proposta de Contratação.
- 6.7. A contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada, desde que não ultrapasse prazo máximo, estabelecido na proposta de contratação, a contar da data da solicitação. Caso este prazo seja ultrapassado a proposta original perderá seu efeito devendo o proponente (Estipulante) preencher nova Proposta de Contratação.
- 6.7.1. Em caso de recusa da Proposta de Contratação, o proponente (Estipulante) receberá comunicado escrito justificando-a, e os valores eventualmente adiantados para pagamento do prêmio serão

devolvidos integralmente, no prazo máximo de 10 dias corridos, a contar da formalização da recusa, com atualização monetária a partir da data do recebimento do prêmio pela SOMPO Seguros acrescido de multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado acima, ambos calculados pro-rata-die até a data da efetiva restituição do prêmio, conforme cláusula 23, destas Condições Gerais.

- 6.8. Caso realizada a cobrança total ou parcial do prêmio antes da aceitação da Proposta, o proponente terá cobertura provisória do seguro, desde que solicitada, entre a data de "Início de Vigência" indicada na Proposta e a data da formalização da recusa pela Seguradora.
- 6.9. A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, nos prazos previstos no item 6.5., caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.
- 6.10. A contratação será celebrada mediante contrato, que definirá as particularidades operacionais e as obrigações da seguradora e do estipulante, em especial no que se refere às relações com os segurados e beneficiários.
- 6.11. No caso de a proposta ser aceita pela seguradora, a apólice será emitida e enviada ao estipulante.

7. PROPOSTA DE ADESÃO – INGRESSO NO SEGURO

- 7.1. Poderão ser incluídos no seguro os integrantes do grupo segurável que preencham as seguintes condições:
 - a) estejam em boas condições de saúde;
 - b) estejam em plena atividade profissional;
 - c) no momento da inclusão, tenham idade dentro dos limites estabelecidos nas Condições Contratuais.
 - d) os aposentados que se enquadrem nas condições estabelecidas pelas alíneas antecedentes.
 - e) Excepcionalmente, em caso de expresso acordo entre as partes (Seguradora e Proponente), é admitida a contratação do seguro com a exclusão de coberturas para eventos ocorridos em decorrência de doenças preexistentes específicas declaradas na declaração pessoal de saúde que integra a proposta de adesão individual. Nessa hipótese, a apólice e o certificado individual deverão discriminar claramente as doenças preexistentes objetos de exclusão de cobertura.
- 7.2. As condições previstas no item 7.1 acima não se aplicam nas hipóteses de transferências de seguros de outras Seguradoras.
- 7.3. A adesão à apólice do seguro pelos proponentes será efetivada por meio de preenchimento de proposta de adesão, datada e assinada pelo proponente, por seu representante legal ou pelo corretor de seguros.
- 7.3.1. A seguradora obrigatoriamente fornecerá ao proponente o protocolo que identifique a proposta recebida, com indicação da data e hora de seu recebimento.
- 7.4. A proposta de adesão conterá cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais do seguro.
- 7.5. O seguro poderá ser contratado para obrigações assumidas por pessoas jurídicas de direito privado, desde que haja relação direta entre os riscos cobertos e a capacidade da pessoa jurídica honrar o pagamento do valor relacionado à obrigação em caso de sinistro, devendo ser efetuado sobre a vida de um ou mais sócios, titulares, instituidores, administradores ou empresários, desde que atendam as condições previstas no item 7.1 e definidas na Proposta de Contratação.
- 7.5.1. A inclusão individual deverá ser realizada mediante Proposta de Adesão devidamente assinada pelo Proponente e recebida pela Seguradora mediante protocolo de recebimento.

- 7.5.2. Caso haja mais de um proponente responsável pelo pagamento da obrigação, a proposta de adesão deverá ser preenchida e assinada por cada um destes.
- 7.5.3. Em caso de sinistro coberto, o valor da indenização deverá respeitar o capital segurado: - de cada um dos segurados – vigente na data de ocorrência do sinistro.
- 7.5.4. O percentual de que trata o item anterior (7.5.3.), constará no certificado individual.
- 7.5.5. Caso o pagamento da indenização referente a um ou mais segurados não extinga a obrigação, o seguro será mantido para os demais, relativamente à obrigação remanescente.
- 7.6. A aceitação da proposta de adesão está sujeita à análise do risco.
- 7.7. A seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta de adesão, contados a partir da data de seu recebimento, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.
 - 7.7.1. O prazo de 15 (quinze dias), será suspenso se a SOMPO Seguros solicitar a apresentação de novos documentos ou informações, complementares ou explicativas às contidas na Proposta de Adesão.
 - 7.7.2. A contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada, desde que não ultrapasse prazo máximo, estabelecido na proposta de contratação, a contar da data da solicitação. Caso este prazo seja ultrapassado a proposta original perderá seu efeito devendo o proponente preencher nova proposta de adesão.
 - 7.7.3. Em caso de recusa da Proposta de Adesão, o proponente receberá comunicado escrito justificando-a, e os valores eventualmente adiantados para pagamento do prêmio serão devolvidos integralmente, no prazo máximo de 10 dias corridos, a contar da formalização da recusa, com atualização monetária a partir da data do recebimento do prêmio pela SOMPO Seguros acrescido de multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês contados a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado acima, ambos calculados pro-rata-die até a data da efetiva restituição do prêmio, conforme cláusula 23, destas Condições Gerais.
- 7.8. A ausência de manifestação, por escrito, da seguradora, nos prazos previstos no item 7.7., caracterizará a aceitação tácita da proposta de contratação.
- 7.9. A inclusão de cada proponente dar-se-á com a aceitação pela seguradora da respectiva proposta de adesão e consequente adesão ao contrato.
- 7.10. No caso de a proposta ser aceita pela seguradora, será emitido e enviado certificado individual aos segurados, para confirmação da adesão, no início do seguro e em cada uma das renovações subsequentes.

8. CERTIFICADO INDIVIDUAL

- 8.1. Obrigatoriamente a seguradora deverá emitir e disponibilizar o Certificado Individual do Seguro no início do contrato e em cada uma das renovações subsequentes.

9. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE E DO RISCO INDIVIDUAL

- 9.1. Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.
- 9.2. O início de vigência do seguro será a data de aceitação da proposta pela seguradora ou outra data, estabelecida nas condições contratuais expressamente acordadas, no caso de a proposta ter sido recebida sem pagamento de prêmio.
- 9.3. O início de vigência do seguro será a partir da data de recebimento da proposta pela seguradora, no caso de a proposta ter sido recebida com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio.
- 9.4. O prazo de vigência do seguro estará especificado na apólice, no certificado individual, nas propostas de contratação, de adesão e nos endossos, tendo seu início e término de vigência às 24h das datas para tal fim neles indicadas.

- 9.5. A vigência da cobertura individual tem seu início e término às 24 (vinte e quatro) horas das datas indicadas para tal fim no certificado individual.
- 9.5.1. Quando a obrigação possuir data prevista de término, a vigência do seguro corresponderá ao prazo (data da contratação do seguro até a data prevista para término da obrigação a que está atrelada), sendo as datas de início e término especificadas no certificado individual.
- 9.5.2. Quando a obrigação perdurar por período indeterminado, os prazos de vigência serão acordados entre as partes.
- 9.5.3. O término de vigência do certificado individual não poderá ultrapassar o final de vigência da apólice.
- 9.5.4. Caso o Credor e o Devedor repactuem o prazo original do contrato, relativo à obrigação, a seguradora deverá ser formalmente comunicada.
- 9.5.5. Se houver redução do prazo original, o seguro permanecerá vigente até o término do novo prazo, sem prejuízo da devolução do prêmio excedente, se houver.
- 9.5.6. Se houver ampliação do prazo original, a seguradora se manifestará sobre o interesse na extensão da vigência do seguro, observados os mesmos prazos e procedimentos previstos no item 7.11 para a aceitação do risco.
- 9.6. A apólice poderá ser renovada automaticamente uma única vez, e por igual período, salvo se o estipulante ou a seguradora comunicarem o desinteresse na continuidade do seguro, mediante aviso prévio de, no mínimo, 30 (trinta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.
- 9.7. As renovações para os demais períodos de vigência serão realizadas de forma expressa e poderão ser feitas pelo estipulante, desde que não impliquem em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou redução de seus direitos.
- 9.8. Na renovação, qualquer alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.
- 9.9. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, comunicará aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.
- 9.10. **Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice ou do respectivo Certificado Individual, se este não for renovado.**

10. CUSTEIO DO SEGURO

- 10.1. O custeio do seguro, definido no contrato, será:
 - 10.1.1. Contributário: quando houver participação, total ou parcial, dos segurados no pagamento dos prêmios individuais.
 - 10.1.2. Não contributário: quando os prêmios individuais dos segurados forem pagos totalmente pelo estipulante.

11. CAPITAL SEGURADO

- 11.1. Este plano de seguro possui a modalidade de Capital Segurado Vinculado, ou seja, o capital segurado é necessariamente igual ao valor da obrigação assumida pelo segurado (Devedor) junto ao Credor, sendo alterado automaticamente a cada amortização ou reajuste.
- 11.2. Para efeito de determinação do capital segurado, na cobertura Básica de Morte, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data da morte do segurado e na cobertura básica de Morte Acidental, a data do acidente.
- 11.3. Para efeito de determinação do capital segurado, nas coberturas adicionais considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data definida na respectiva condição especial.

- 11.4. Os valores dos capitais segurados serão sempre expressos em reais, constarão nos Certificados Individuais do Seguro, e representam o máximo a ser indenizado no caso de sinistro por cobertura ou conjunto de coberturas, mesmo nos casos em que a obrigação seja em outra moeda.
- 11.5. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado das coberturas contratadas, a data fixada nas respectivas Condições Especiais.
- 11.6. Será considerado como um novo seguro qualquer solicitação de aumento no valor do capital segurado (atrelado ao valor da obrigação assumida pelo segurado), ficando a aceitação sujeita às mesmas condições estabelecidas para ingresso, nestas Condições Gerais (Item 7) e nas demais condições contratuais.
- 11.7. Não será devida indenização para qualquer parcela da obrigação vencida antes da data do sinistro, bem como para os juros e/ou multas correspondentes.
- 11.8. **Desde que expressamente definido no Contrato de Seguro, as parcelas em atraso, juros e/ou multas decorrentes de eventual inadimplência no pagamento da obrigação por parte do segurado poderão ser incorporadas ao valor do Capital Segurado e consequentemente à indenização a ser paga em caso de sinistro coberto.**

12. BENEFICIÁRIOS

- 12.1. O primeiro beneficiário será sempre o Credor, a quem deverá ser paga a indenização, no valor a que tem direito em decorrência da obrigação a que o seguro está atrelado, apurado na data da ocorrência do evento coberto, limitado ao capital segurado contratado.
- 12.2. No caso do capital segurado contratado ser superior ao valor da obrigação, a diferença (entre o capital segurado e o valor da obrigação) será paga ao próprio segurado no caso das Coberturas adicionais de Invalidez Permanente e Total por Acidente (IPTA); Doenças Graves (DG), Doença Terminal (DT), Perda de Renda por Desemprego Involuntário, Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença, ou ao segundo* beneficiário indicado para as coberturas básicas de Morte e Morte Acidental. No caso de não haver indicação de segundo beneficiário, verificar item 12.6. abaixo.
- 12.3. O Segurado não poderá retirar o Credor da condição de primeiro beneficiário, na forma do Art. 791, CC.
- 12.4. É válida a instituição do companheiro como beneficiário do saldo remanescente, se ao tempo do contrato o segurado era separado judicialmente, ou já se encontrava separado de fato.
- 12.5. Se o segurado não renunciar à faculdade de designar seus beneficiários para recebimento do saldo remanescente, poderá, a qualquer tempo, alterar seus beneficiários do saldo remanescente, mediante comunicação expressa à seguradora.
- 12.5.1. **Se a seguradora não for cientificada oportunamente da alteração, antes do pagamento da indenização, serão considerados os antigos beneficiários do saldo remanescente.**
- 12.6. Na falta de indicação expressa de beneficiário do saldo remanescente, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados de acordo com o que estabelece o art. 792, do Código Civil brasileiro.
- 12.7. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado e do Beneficiário(s), a indenização referente à cobertura contratada deverá ser paga aos herdeiros legais do Segurado.
- 12.8. Quando o pagamento da indenização for realizado por meio de reembolso de despesas, os beneficiários serão aqueles que provarem que arcaram com as despesas cobertas.

13. PAGAMENTO DE PRÊMIO

- 13.1. A periodicidade de pagamento do prêmio deste seguro será convencionada na Proposta de Contratação e no Contrato.

- 13.1.1.** O Estipulante poderá optar se irá efetuar o pagamento do prêmio à vista ou fracionado na forma mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual e cada pagamento irá corresponder, proporcionalmente, ao período de cobertura.
- 13.1.2.** Sendo mensal a forma de pagamento do prêmio, não haverá o seu fracionamento.
- 13.1.3.** Na hipótese de pagamento dos prêmios de forma mensal, cada pagamento corresponderá a um mês de cobertura.
- 13.1.4.** Na hipótese de fracionamento, a data de vencimento da última parcela de prêmio não poderá ultrapassar o término da vigência da apólice.
- 13.1.4.1.** O pagamento de prêmio mensal, bimestral, trimestral ou semestral não caracteriza fracionamento de prêmio do seguro.
- 13.1.5.** Caso o Estipulante opte pelo pagamento do prêmio na forma fracionada, os prêmios pagos até a data do respectivo vencimento, manterão o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que o pagamento se refere.
- 13.2.** Qualquer que seja a forma de pagamento do prêmio adotada, ficará a SOMPO Seguros obrigada a manter registro das datas das operações realizadas.
- 13.3.** O pagamento do prêmio será feito à SOMPO Seguros por meio da rede bancária, débito em conta corrente ou outras formas admitidas em lei, acordadas previamente entre o Estipulante e a SOMPO Seguros na Proposta de Contratação.
- 13.3.1.** O não pagamento da primeira parcela na data de seu vencimento implica no cancelamento imediato do contrato.
- 13.3.2.** Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das demais parcelas subsequentes à 1ª (primeira), o prazo de vigência da cobertura será ajustado proporcionalmente à parte (fração) do prêmio efetivamente pago.
- 13.4.** A Seguradora informará, por escrito, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do item antecedente.
- 13.5.** Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido no item 13.3.2., ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.
- 13.6.** O pagamento do prêmio deverá ser efetuado nas datas previstas no documento de cobrança.
- 13.7.** Na hipótese do não cumprimento da obrigação de pagamento do prêmio, e havendo prêmio a ser pago por risco decorrido, a Seguradora fica autorizada, independentemente da ocorrência de sinistro, a efetuar a cobrança da parte do prêmio relativo ao risco decorrido, atualizada monetariamente e acrescida de juros de mora, calculados pro-rata-die até o efetivo pagamento, na forma da Cláusula 23., destas Condições Gerais, sendo estes valores incorporados ao capital segurado e conseqüentemente à indenização a ser paga.
- 13.8.** Se a data do vencimento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte em que houver expediente bancário.
- 13.9.** O(s) prêmio(s) do seguro pago(s) em atraso, além da atualização monetária, terá(ão) seu(s) valor(s) acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios de 1% ao mês, calculados pró-rata-die.
- 13.10.** No caso de recebimento indevido de prêmio, além da atualização monetária, os valores serão acrescidos de multa de 2% (dois por cento) e juros moratórios equivalentes a 1% (um por cento) ao mês, a partir da data de recebimento do prêmio.
- 13.11.** É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, a título de prêmio do Seguro, qualquer valor além do fixado pela Seguradora.

- 13.12. Caso o Estipulante receba juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica obrigado a destacar no documento utilizado na cobrança o valor do prêmio de cada Segurado.
- 13.13. Fica vedada a cobrança de taxa de inscrição ou de intermediação neste seguro.
- 13.14. A falta de pagamento do prêmio até o vencimento não acarretará a suspensão das coberturas, e o Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado sobre sua mora, podendo purgá-la no prazo estabelecido na notificação.
- 13.15. O não pagamento no prazo assinalado na notificação acarretará o cancelamento da apólice, sem prejuízo da cobrança, pela Seguradora, dos prêmios vencidos enquanto vigente o seguro.
- 13.16. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à Seguradora, observado o disposto no subitem 13.14, acima, acarretará o cancelamento da apólice e sujeitará o Estipulante às cominações legais.

14. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DE CAPITALS SEGURADOS E DE PRÊMIOS

- 14.1. Quando a periodicidade do pagamento do prêmio for mensal, não haverá atualização monetária do Capital Segurado e do Prêmio correspondente.
- 14.2. Quando houver pagamento de prêmio único, os capitais segurados pagáveis por morte ou invalidez serão atualizados pelo índice pactuado até a data de ocorrência do respectivo evento gerador, sendo que nos casos de periodicidade anual, serão contados desde a última atualização.
- 14.3. As atualizações de capitais segurados e de prêmios se aplicarão a todos os segurados ativos.

15. RECÁLCULO DOS VALORES DO SEGURO

- 15.1. Haverá recálculo dos valores de capital segurado e prêmios, com periodicidade definida no contrato, de modo a adequar os valores do capital segurado, assim como os respectivos prêmios, aos novos valores da obrigação assumida pelo segurado (Devedor) junto ao Credor.

16. REAVALIAÇÃO E REAJUSTE DE TAXAS E PRÊMIOS

- 16.1. Na renovação do seguro ou na data de aniversário da contratação do seguro, as taxas serão reavaliadas em função das idades dos segurados ou da idade média atuarial e da sinistralidade do grupo segurado, podendo ser aplicado reajuste das taxas e prêmios para todo o grupo segurado.
- 16.2. A comunicação, pela seguradora, do eventual reajuste de taxas e prêmios do seguro será realizada de forma expressa ao estipulante, seu representante legal ou ao corretor de seguros.
- 16.3. Qualquer alteração de taxas de seguro que implique em ônus aos segurados dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

17. CARÊNCIA E FRANQUIA

- 17.1. Neste seguro poderão ser aplicadas carências e franquias, durante as quais, em caso de sinistro, a seguradora fica isenta da responsabilidade de indenização.
- 17.2. As carências e ou as Franquias deverão ser fixadas na proposta de contratação e no contrato do seguro.
- 17.3. O limite máximo que o seguro poderá estabelecer como prazo de carência será de 2 (dois) anos, contado a partir do início de vigência da cobertura individual. Entretanto, o prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderá exceder metade do prazo de vigência previsto pelo certificado de seguro.
- 17.4. Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não haverá prazo de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro.

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

18. CESSAÇÃO DE COBERTURA INDIVIDUAL

18.1. A cobertura de cada segurado cessará:

18.2. No final do prazo de vigência da apólice e ou do respectivo Certificado Individual, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio pago;

18.3. Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários, ou, nos seguros contratados por pessoas jurídicas, de os sócios controladores, dirigentes e administradores legais, beneficiários ou respectivos representantes, agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, quando dar-se-á automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

18.4. Com a morte do segurado ou pelo recebimento do capital segurado previsto para as coberturas de Invalidez Total e Permanente do Segurado, de Doenças Graves e de Doença Terminal, com a consequente devolução de valores de prêmios eventualmente pagos após esta data, devidamente atualizados conforme cláusula 14 destas Condições Gerais;

18.5. com a extinção antecipada da obrigação, devendo a seguradora ser formalmente comunicada, sem prejuízo, se for o caso, da devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer;

18.6. por solicitação do Segurado, mediante comunicação por escrito, a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver ou pelo atraso no pagamento das parcelas do prêmio, observado o disposto nas cláusulas 13.1.4, 13.14 e 13.16, destas Condições Gerais;

18.7. Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante, nos casos em que for aplicado.

18.8. Com o cancelamento da Apólice por quaisquer das situações previstas na cláusula 21 destas Condições Gerais.

19. PERDA DE DIREITOS

19.1. A seguradora não pagará qualquer indenização, com base no presente seguro, caso haja, por parte do segurado, seus prepostos, beneficiários, representantes legais ou corretor de seguros:

a) agravamento intencional do risco, por parte do segurado;

b) declarações inexatas ou omissão de circunstâncias que possam influir ou ter influído na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando ainda o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

19.2. Se a inexatidão ou omissão nas declarações a que se refere a letra b) do item 19.1. não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I – Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

a) **cancelar o seguro, podendo reter, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou**

b) **mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, podendo cobrar 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, podendo reter, 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, podendo cobrar a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

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

19.3. O segurado está obrigado a comunicar à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar consideravelmente o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé na inobservância ao artigo 769 do Código Civil.

19.3.1. 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 seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

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

20. ALTERAÇÃO CONTRATUAL

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

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

20.3. Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante.

21. CANCELAMENTO DO SEGURO

21.1. A apólice será cancelada:

- a) por acordo entre a Seguradora e o Estipulante, mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ do grupo segurado;
- b) pelo descumprimento de qualquer dispositivo destas Condições Gerais ou das Condições Especiais inclusive no tocante ao pagamento dos prêmios;
- c) pelo atraso no pagamento das parcelas do prêmio, observado o disposto nas cláusulas 13.1.4 e 13.14, destas Condições Gerais;
- d) quando o Estipulante praticar atos incompatíveis com o dever de lealdade e de boa fé objetiva para com a Seguradora.

21.1.1. No caso de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

21.1.2. O pagamento de prêmios pelo Segurado à SOMPO Seguros após a data de rescisão não implica na reabilitação do seguro, nem gera qualquer efeito, devendo ser devolvido, devidamente corrigido.

21.1.3. Quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do estipulante, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, a parte proporcional do prêmio relativo ao tempo decorrido.

- 21.2. Os valores devidos a título de devolução de prêmios no caso de cancelamento do seguro, serão pagos no prazo máximo de 10 (dez) dias e sujeitam-se à atualização monetária conforme disposto no item 14 dessas Condições Gerais, a partir:
- a) da data de recebimento da solicitação de cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa do Estipulante;
 - b) da data do efetivo cancelamento, se o mesmo ocorrer por iniciativa da SOMPO Seguros.
- 21.3. Caso não ocorra o pagamento da devolução devida no prazo definido no item 21.2, além da atualização monetária, incidirão multa de 2% (dois por cento) e juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, a partir do primeiro dia imediatamente posterior aos 10 dias descritos no item acima.
- 21.3.1 A apólice não poderá ser cancelada pela Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.**

22. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 22.1. **Ocorrendo um sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, este deverá ser, imediatamente, a ela comunicado, através do preenchimento e entrega, mediante protocolo, do formulário denominado “Aviso de Sinistro”, observadas, ainda, as demais disposições desta cláusula.**
- 22.2. O pagamento de qualquer Capital Segurado decorrente do presente seguro será efetuado em até 30 (trinta) dias após a entrega de todos os documentos básicos abaixo relacionados, além daqueles indicados nas Condições Especiais de cada cobertura contratada, e será feito em parcela única, salvo disposição em contrário nas Condições Especiais das coberturas contratadas:
- 22.2.1. Para qualquer sinistro**
 - 22.2.1.1. Documentos do Segurado**
 - a) cópia da Carteira de Identidade, do CPF ou da Certidão de Nascimento, quando menor de 18 anos, e do comprovante de residência do Segurado.
 - 22.2.2. Documentos do Beneficiário Credor**
 - a) Cópia do Contrato Social atualizado;
 - b) Declaração do Credor informando o valor atual do compromisso a ser quitado, demonstrando sua evolução desde a contratação;
 - c) Cópia do Contrato e seus aditivos referentes ao compromisso (obrigação) assumida pelo Segurado;
 - d) Cópia do Termo de Cessão e transferência de cota, quando **houver**.
 - 22.2.3. Documentos do(s) Beneficiário(s)**
 - a) cópia da carteira de Identidade, do CPF ou Certidão de Nascimento, quando menor(es) de 18 anos, e do comprovante de residência do(s) Beneficiário(s).
 - b) cópia do Termo de Tutela ou, na impossibilidade deste, termo de representação cabível, quando se tratar de Beneficiário(s) menor(es), órfão(s) de pai e mãe;
 - c) cópia do Termo de Curatela, no caso de Beneficiário(s) incapaz(es);
 - d) em caso de companheiro(a), além dos documentos indicados acima, providenciar cópia da anotação na Carteira de Trabalho ou Comprovante de Dependente do INSS ou no Imposto de Renda ou, ainda, Declaração de Vida em Comum passada em cartório feita pelo Segurado antes do sinistro e declaração de duas testemunhas de que com o Segurado vivia maritalmente, especificando data e se deixou filhos, com assinatura reconhecida em cartório.
 - e) **relatório emitido pelo médico assistente do segurado;**
 - 22.2.3.1. Não serão aceitos relatórios médicos realizados por membro(s) da família ou de pessoa que esteja convivendo com o Segurado, independentemente desta pessoa ser um médico habilitado.**
- 22.3. Em caso de morte natural, incluir os seguintes documentos do Segurado, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) cópia da Certidão de Óbito do Segurado;
 - b) cópia da Certidão de Casamento atualizada com a averbação do óbito do Segurado, se for o caso;
 - c) cópia do exame anatomopatológico que diagnosticou a doença do Segurado, quando houver;
 - d) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social;
 - e) radiografias do Segurado (quando houver);
 - f) fguia de internação hospitalar (quando houver);
 - g) declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida.
- 22.4. Em caso de morte acidental, incluir os seguintes documentos, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:
- a) cópia da Carteira de habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;
 - b) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito;
 - c) cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), nos casos de Acidente de Trabalho;
 - d) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
 - e) cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
 - f) cópia do Auto de Reconhecimento de cadáver, se a morte for por carbonização.
- 22.4.1. Em caso de dúvida fundada e justificável quanto ao reconhecimento do sinistro, a Seguradora poderá solicitar outros documentos além daqueles mencionados nesta cláusula, inclusive informações e esclarecimentos complementares e, neste caso, o prazo de 30 (trinta) dias previsto no item 22.2 será suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora da documentação complementar.**
- 22.5. Não respeitado o prazo previsto no item 22.2 desta Cláusula os valores das obrigações pecuniárias devidas serão acrescidos de juros moratórios e atualização monetária, conforme definido nos itens 22.6 e 22.7 desta Cláusula.
- 22.6. A título de juros de mora será utilizado o percentual de 1% (um por cento) ao mês, calculado pro rata die a partir do 1º dia posterior ao término do prazo de 30 dias, até a data do efetivo pagamento.
- 22.7. As indenizações estarão sujeitas à atualização monetária pela variação positiva do índice estabelecido no item 23 destas Condições Gerais, a partir da data do evento.
- 22.8. O pagamento será feito por meio de crédito em conta, ordem de pagamento ou cheque nominal, pagável no domicílio ou praça indicada pelo (s) Beneficiário(s) ou segurado, no aviso de sinistro.
- 22.9. O reembolso de despesas efetuadas no exterior deve ser realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de capital segurado estabelecido.
- 22.10. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o valor da obrigação pecuniária principal.
- 22.11. No caso de divergências sobre a causa, a natureza, o diagnóstico ou a extensão das lesões e ou doença, bem como a avaliação da incapacidade, ou, ainda, sobre matéria médica não prevista expressamente nas Condições Contratuais, 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.**
- 22.11.1. A junta médica será constituída por 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.**
- 22.11.2. O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.**

22.12. As despesas efetuadas para obtenção dos documentos necessários à comprovação do sinistro correrão por conta do Segurado ou Beneficiário, salvo as diretamente realizadas pela Seguradora.

22.12.1. Os encargos de tradução dos documentos necessários à liquidação de sinistro relacionado à cobertura que preveja reembolso de despesas efetuadas no exterior, serão reembolsados pela Seguradora com base no câmbio oficial de venda na data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.

23. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA- OBRIGAÇÕES

23.1. A Seguradora efetuará o pagamento de valores relativos à atualização monetária das suas obrigações utilizando-se do Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas- IPCA/IBGE.

23.1.1. Na falta, extinção ou proibição do uso do índice definido, a atualização monetária dos valores do seguro terá por base o índice que vier a substituí-lo.

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

23.1.3. O não cumprimento das obrigações pela SOMPO Seguros e segurado ora previstas nestas condições gerais os sujeitarão aos juros de mora de 1% (um por cento) ao mês, contados a partir da mora, mais a atualização monetária prevista na Cláusula 23.1, desde a data do evento.

23.2. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios será feito independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com o valor da obrigação pecuniária principal.

24. REGIME FINANCEIRO

24.1. Este seguro está estruturado em regime financeiro de repartição simples, no qual todos os prêmios pagos pelos segurados de um mesmo plano, em um determinado período, destinam-se ao custeio das despesas de administração e das indenizações a serem pagas no próprio período. Dessa forma, as coberturas deste seguro não dão direito a devolução ou resgate de quaisquer prêmios pagos ao segurado, ao beneficiário ou ao estipulante, inclusive em caso de suicídio do segurado ocorrido nos primeiros 2 (dois) anos de vigência inicial do seguro.

25. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

25.1. As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da seguradora, respeitadas rigorosamente as condições gerais e especiais e a nota técnica atuarial deste seguro, submetidas à SUSEP.

26. DISPOSIÇÕES GERAIS

26.1. Os tributos relativos a este seguro serão pagos por quem a lei determinar.

26.2. Qualquer direito do segurado ou do(s) beneficiário(s), com fundamento neste seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela lei.

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

26.4. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros e da sociedade seguradora, no site www.susep.gov.br.

26.5. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo ao fim de sua vigência sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

26.6. As Condições Gerais e as Condições Especiais deste seguro deverão estar à disposição do Estipulante e dos Segurados quando da apresentação das Propostas de Contratação e de Adesão, devendo o proponente, seu representante ou o corretor de seguros, assinar declaração de que tomou ciência de tais condições.

26.7. A contratação do seguro é opcional, sendo facultado ao segurado o seu cancelamento a qualquer tempo, com devolução do prêmio pago referente ao período a decorrer, se houver.

26.8. Na ocorrência de evento coberto, caso o valor da obrigação financeira devida ao credor seja menor do que o valor a ser indenizado no seguro prestamista, a diferença apurada será paga ao próprio segurado ou ao segundo beneficiário indicado, conforme disposto no item “12. Beneficiários”.

27.FORO

27.1. Fica eleito o foro do domicílio do segurado ou do beneficiário, conforme o caso, para processamento de quaisquer questões judiciais entre o segurado ou beneficiário e a seguradora.

27.2. Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

SOMPO SEGUROS S/A

CONDIÇÕES ESPECIAIS DO SEGURO DE PESSOAS
I- COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante o pagamento de indenização ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a tornar-se totalmente inválido, em caráter permanente, em decorrência de lesão física causada por acidente pessoal devidamente coberto nos termos deste contrato de seguro, durante a vigência da cobertura, limitada ao capital segurado estipulado para esta cobertura, e observadas as demais condições contratuais.
- 1.2. Para efeito desta Condição Especial, considera-se invalidez permanente e total por acidente a perda ou impotência funcional definitivo total de membros ou órgãos do segurado, comprovada por intermédio de declaração médica de profissional habilitado, assim consideradas:
 - a) Perda total da visão de ambos os olhos;
 - b) Perda total do uso de ambos os membros superiores;
 - c) Perda total do uso de ambos os membros inferiores;
 - d) Perda total do uso de ambas as mãos;
 - e) Perda total de um membro superior e de um membro inferior;
 - f) Perda total de uma das mãos e de um dos pés;
 - g) Perda total do uso de ambos os pés;
 - h) Alienação mental total e incurável; e
 - i) Nefrectomia bilateral.
- 1.3. **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.**
- 1.4. **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) do capital segurado desta cobertura.**
- 1.5. **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.**
- 1.6. **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.**
- 1.7. A seguradora pagará a indenização relativa à cobertura após a conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva do segurado.
- 1.8. A invalidez por acidente deverá ser comprovada através de declaração médica.
- 1.9. A seguradora reserva-se o direito de submeter o segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade.
- 1.10. **A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.**
- 1.11. **As Coberturas de Morte Acidental e de Invalidez Permanente Total por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma importância por Invalidez Permanente Total por Acidente sobrevier a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, será deduzida da importância a ser paga o valor já recebido pelo Segurado.**
- 1.12. **No caso de indenização por invalidez total, não haverá reintegração de capital segurado e a cobertura será automaticamente excluída do seguro.**
- 1.12. **Realizado o pagamento do Capital Segurado contratado, o Segurado será automaticamente excluído desta Cobertura.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídos da Cobertura Adicional de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA):
- a) perda de dentes e danos estéticos;
 - b) acidente que enseje perda ou redução parcial das funções de membros ou órgãos do segurado;
 - c) doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente;
 - d) intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
 - e) moléstias profissionais, mesmo quando consideradas acidentes do trabalho pela legislação previdenciária, inclusive as decorrentes ou não de microtraumas de repetição, tais como DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), LER (Lesões por Esforços Repetitivos), Tenossinovite, etc.
 - f) denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, enfarte do miocárdio, trombose, acidente vascular cerebral ou outros);
 - g) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico em decorrência de acidente coberto;
 - h) viagens em aeronaves não homologadas ou que não possuam, em vigor, o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou sequestradas.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado desta cobertura é proporcional ao capital segurado da Cobertura Básica de Morte e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.
- 3.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do acidente.

4. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 4.1. A cobertura de invalidez permanente e total por acidente não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.**

5. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 5.1. Em caso de sinistro, cabe ao(s) Beneficiário(s) providenciar(em) os documentos básicos descritos na Cláusula 22.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:
- a) cópia da Carteira de Trabalho e Previdência Social (quando houver);
 - b) radiografias do Segurado (quando houver);
 - c) guia de Internação Hospitalar (quando houver);
 - d) cópia da Carteira de Habilitação, somente para os casos onde o Segurado era o condutor do veículo;

- e) cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e/ou Toxicológico, caso esta informação não conste do Laudo de exame de Corpo Delito;
- f) cópia da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), no caso de acidente de trabalho;
- g) cópia do Boletim de Ocorrência ou Certidão de Ocorrência Policial, se for o caso;
- h) cópia do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- i) atestado de alta médica definitiva, discriminando as sequelas deixadas pelo acidente, e se o Segurado se encontrava em tratamento quando da entrega do Aviso de Sinistro;
- j) em caso de sinistro em decorrência de alienação mental, total e incurável, deverá ser apresentado o termo de interdição judicial do Segurado, de forma a permitir o pagamento da indenização ao curador.

6. JUNTA MÉDICA

- 6.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas 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, constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatedador, escolhido pelos dois nomeados.
- 6.2. 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.
- 6.3. 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.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 7.1. Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

II - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇAS GRAVES (DG)

1. RISCOS COBERTOS

1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante a antecipação total do pagamento do capital segurado da garantia básica de Morte, ao(s) beneficiário(s), caso o segurado seja diagnosticado, durante a vigência da cobertura, como portador de doenças graves cobertas, observadas as disposições das condições contratuais.

1.2. **Para efeito desta Condição Especial, consideram-se doenças graves, exclusivamente, as seguintes patologias, nas condições a seguir especificadas:**

1.2.1. Doença Cardiológica

Está coberto o segurado que seja portador de qualquer doença cardiológica (arterial, muscular ou valvular) que lhe traga desconforto, dores precordiais, fadiga, palpitações e falta de ar, mesmo em repouso, que o incapacitem para qualquer atividade física, não melhorando com tratamentos médicos convencionais, em que a classe funcional corresponda aos níveis III e IV, conforme abaixo:

1.2.1.1. Classificação das Cardiopatias (classificação funcional da NYHA, New York Heart Association):

- a) Classe I: atividade física comum não ocasiona fadiga, dispnéia, palpitação ou angina.
- b) Classe II: não há sintomas em repouso, mas a atividade física comum leva o indivíduo a apresentar dispnéia, fadiga, palpitação ou angina.
- c) Classe III: não há sintomas em repouso, mas a atividade física mínima, menor que a habitual, produz sintomas de dispnéia, fadiga, palpitação ou angina.
- d) Classe IV: há dispnéia, fadiga, palpitação ou angina em repouso, que pioram ainda mais com o esforço.

1.2.2. Doença Renal

Está coberto o segurado portador de doença renal crônica e irreversível que necessite de tratamento com diálise constante, mesmo após realização de transplante renal.

1.2.3. Doenças Neoplásicas

Está coberto o segurado portador de qualquer doença neoplásica maligna que apresente complicações e intercorrências graves, caracterizadas por compressões tumorais ou metástases à distância, e que o tornem incapaz do exercício de qualquer atividade física.

1.2.4. Doenças do Sistema Nervoso Central

Está coberto o segurado portador de doenças neurológicas severas e irreversíveis, com sequelas motoras e cognitivas, que o impeçam de exercer qualquer atividade, tornando-o dependente de terceiros para o próprio autossustento.

1.3. O diagnóstico definitivo da doença grave deverá ser efetuado por profissional médico habilitado, especialista na respectiva patologia, e deverá estar acompanhado dos exames médicos realizados, comprobatórios da doença.

1.4. Sendo constatado e comunicado à seguradora o diagnóstico de uma das doenças relacionadas no item 1.2. como objeto de cobertura da apólice, o capital segurado não se acumula para pagamento de mais outra doença grave diagnosticada.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. **Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídos da Cobertura Adicional de Doenças Graves (DG) quaisquer doenças não previstas nesta garantia e/ou que não se enquadrem nos critérios definidos nesta condição especial para caracterização da doença grave.**

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado desta cobertura é proporcional ao capital segurado da Cobertura Básica de Morte e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.
- 3.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do diagnóstico da doença.

4. CARÊNCIA

- 4.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se os limites estabelecidos no item 17. das Condições Gerais.
- 4.2. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação e no contrato do seguro.

5. CANCELAMENTO DE COBERTURA INDIVIDUAL

- 5.1. A cobertura de doenças graves não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento de indenização por qualquer um dos eventos cobertos, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.
- 5.2. Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 23 das Condições Gerais.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1. Em caso de sinistro cabe ao(s) Beneficiário(s) providenciar(em) os documentos básicos descritos na Cláusula 22.2, das Condições Gerais, bem como os seguintes documentos:**
- a) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;
 - b) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença grave, os tratamentos realizados e a evolução da doença.

7. JUNTA MÉDICA

- 7.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas 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, constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 7.2. 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.
- 7.3. 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.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

III - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE DOENÇA TERMINAL (DT)

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, a seguradora garante a antecipação total do pagamento do capital segurado da garantia básica de Morte, ao(s) beneficiário(s), caso o segurado venha a ser diagnosticado, durante a vigência da cobertura, como paciente em fase terminal, observadas as disposições das condições contratuais.
- 1.2. Para efeito desta Condição Especial, considera-se paciente em fase terminal o portador de doença grave para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos e que apresente uma expectativa de morte em até 6 (seis) meses.
- 1.3. O diagnóstico definitivo da doença, bem como a indicação do período de expectativa de vida do segurado deverá ser efetuado por profissional médico habilitado, especialista na respectiva patologia, e deverá estar acompanhado dos exames médicos realizados, comprobatórios da doença.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Os riscos excluídos para esta Cobertura são os constantes das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. O capital segurado desta cobertura é proporcional ao capital segurado da Cobertura Básica de Morte e definido de acordo com as condições contratuais acordadas entre o estipulante e a seguradora.
- 3.2. Para efeito de determinação do capital segurado, considera-se como data do evento, quando da liquidação do sinistro, a data do diagnóstico da doença terminal.

4. CARÊNCIA

- 4.1. Para esta cobertura poderá ser aplicada carência, respeitando-se os limites estabelecidos no item 17. das Condições Gerais.
- 4.2. A carência deverá ser fixada na proposta de contratação e no contrato do seguro.

5. CANCELAMENTO DA COBERTURA INDIVIDUAL

- 5.1. A cobertura de doença terminal não se acumula com as demais coberturas e, assim, após o pagamento da indenização, ficará o presente seguro cancelado e sem mais nenhum efeito.
- 5.2. Eventuais valores pagos após a data de cancelamento da cobertura individual serão devolvidos, devidamente atualizados monetariamente pela variação positiva do índice para atualização de valores previsto no item 23. das Condições Gerais.

6. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 6.1. **Em caso de sinistro, cabe ao Segurado providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 22.2, das Condições Gerais, bem como os abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:**
 - a) Cópia da carteira de trabalho (CPTS) do segurado;

- b) relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, contendo a data do diagnóstico da doença, sua evolução, os tratamentos realizados e qual a expectativa de morte do segurado;
- c) cópias de todos os laudos e exames médicos desde o diagnóstico da doença até a entrega da documentação;

7. JUNTA MÉDICA

- 7.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas 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, constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 7.2. 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.
- 7.3. 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.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 8.1. Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

IV - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s), o pagamento do capital segurado contratado, no caso de o segurado perder o emprego, sem justa causa, por iniciativa do seu empregador, durante a vigência da cobertura e observadas as demais disposições das condições contratuais do seguro.
- 1.2. O segurado deverá comprovar a permanência como empregado em uma mesma empresa nos 12 (doze) meses imediatamente anteriores à data da perda do emprego, de forma ininterrupta, através de vínculo empregatício por contrato de trabalho regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, ou possuir registro em carteira de trabalho como empregado doméstico.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além das exclusões previstas nas Condições Gerais da apólice, estão também excluídos desta cobertura adicional a perda de emprego decorrente de:

2.1.1. Em caso de perda de renda por desemprego involuntário:

- a) abandono ou pedido de demissão voluntária do trabalho;
- b) demissão por justa causa do trabalhador Segurado;
- c) ubilação, pensão ou aposentadoria do trabalhador Segurado;
- d) demissão por exoneração de cargo;
- e) programas de demissão voluntária (PDV), incentivados pelo empregador do Segurado;
- f) estágios e contratos de trabalho temporário em geral;
- g) falência do empregador;
- h) campanhas de demissões em massa, caracterizada no caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês; e,
- i) demissões decorrentes do encerramento das atividades do empregador;
- j) acordo entre empregado e empregador.

2.2. Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho, incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, sendo o valor contratado especificado nas condições contratuais/proposta de contratação
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data efetiva de desligamento do segurado, comprovada mediante cópia da CTPS (página "Anotações gerais"), independente do aviso prévio ser cumprido ou indenizado.

4. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

4.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 22.2, das Condições Gerais, bem como as abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:

- a) cópia autenticada das seguintes páginas da carteira de trabalho: página da foto, página da qualificação civil, página da admissão e dispensa e página posterior em branco; para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior a 30 (trinta) dias da data do desligamento para verificação do cumprimento da franquia;
- b) cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho devidamente homologado com a discriminação das verbas rescisórias;
- c) autorização de Movimentação do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS);
- d) via marrom do requerimento do Seguro-desemprego com carimbo e CNPJ da empresa. Caso o Segurado tenha optado em receber o Seguro Desemprego, este documento deve estar protocolado pela Caixa Econômica Federal ou pelo Ministério do Trabalho (cópia autenticada);
- e) cópia autenticada do último extrato do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço caso tenha sido fornecido pela empresa.

4.2. Quando a indenização for parcelada, o segurado deverá apresentar documentação probatória a condição de desempregado para ter direito a indenização, conforme limite de valor e quantidades de parcelas estabelecidas nas condições contratuais.

4.3. Se não ocorrer a comprovação da condição de desempregado em até 30 dias contados do último pagamento, a cobertura será automaticamente cancelada.

5. CARÊNCIA

5.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual do segurado. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.

6. FRANQUIA

6.1. É de até 30 (trinta) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e Certificado Individual, contados a partir da data efetiva de desligamento do Segurado junto ao empregador. As parcelas vencidas no período de franquia não terão cobertura.

7. ACUMULAÇÕES DE INDENIZAÇÕES

7.1. O Segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver a data de emissão mais antiga.

7.2. Sinistros subsequentes ao primeiro apenas terão cobertura se ocorridos após 12 (doze) meses daquele que o antecedeu.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 8.1.** Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

V - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA ADICIONAL DE PERDA DE RENDA POR INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA

1. RISCOS COBERTOS

- 1.1. Mediante a inclusão desta cobertura adicional na apólice e tendo sido pago o prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s), o pagamento do capital segurado contratado, caso o segurado venha sofrer perda de renda em razão de tornar-se incapacitado temporariamente por acidente ou doença, para o exercício de sua principal atividade profissional remunerada, observados os riscos excluídos e as demais disposições das condições contratuais do seguro.
- 1.2. Para fins desta cobertura, entende-se como incapacidade física temporária a incapacidade que impossibilita o segurado de exercer, em caráter temporário, sua habitual atividade profissional remunerada, atestada por médico devidamente habilitado.
- 1.3. **Esta garantia somente tem efeitos se o afastamento se der por um período superior ao da franquia estabelecida no contrato, observadas também carências estipuladas em contrato e demais disposições das condições gerais e desta condição especial.**
- 1.4. **Somente poderão ser incluídos os integrantes que tenham entre as idades mínima e máxima definidas no contrato, na data de contratação do seguro, e os que contarem com um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho liberal ou autônomo.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Além dos riscos excluídos relacionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos da cobertura os eventos ocorridos em consequência de:
 - 2.1.1. Em caso de perda de renda por incapacidade temporária, estão expressamente excluídos desta cobertura as perdas de renda decorrentes de
 - a) hospitalização para a realização de exames de rotina;
 - b) gravidez e suas consequências;
 - c) tratamento para esterilização, fertilização e mudança de sexo;
 - d) cirurgias plásticas, exceto aquelas com finalidade comprovadamente restauradora de função diretamente afetada por eventos cobertos pelo seguro;
 - e) tratamento para obesidade em suas várias modalidades;
 - f) procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica e os não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
 - g) doenças infecciosas de notificação compulsória, bem como toda e qualquer consequência, inclusive infecções oportunistas delas decorrentes; e
 - h) distúrbios ou doenças psiquiátricas, bem como quaisquer eventos ou consequências deles decorrentes.
 - i) afastamentos decorrentes de um mesmo evento que já tenha sido indenizado pelo seguro vigente;
 - j) lesões causadas por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).
 - 2.1.2. Também estarão excluídos da cobertura de Perda de Renda por Incapacidade Física Temporária por Acidente ou Doença os profissionais da economia informal que não sejam profissionais liberais e/ou autônomos regulamentados, ou seja, aqueles que não têm como comprovar uma atividade remunerada regular.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para fins desta cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento, sendo a quantidade de parcelas e/ou o valor contratados especificados nas condições contratuais/proposta de contratação.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data do acidente ou do início da doença, devidamente comprovados por laudo médico, para os profissionais liberais ou autônomos.

4. CARÊNCIA

- 4.1. O período de Carência poderá ser estabelecido contratualmente, respeitado o limite máximo de até 50% (cinquenta por cento) do período de vigência da Apólice e será contado a partir do início de vigência individual do segurado. O prazo máximo não poderá ultrapassar 2 (dois) anos.
- 4.2. Para os eventos decorrentes de Acidentes Pessoais não haverá Carência.

5. FRANQUIA

- 5.1. É de até 15 (quinze) dias ininterruptos, por evento, conforme definido no Contrato de Seguro e Certificado Individual, contados a partir da data do início da incapacidade física temporária do Segurado que o impeça de realizar a sua atividade laborativa principal. As parcelas vencidas no período de franquia não terão cobertura.
- 5.2. Para fins desta cobertura, entende-se como franquia o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da indenização, contado a partir da caracterização do sinistro.
- 5.3. Durante o período de franquia, o Segurado não terá direito ao recebimento de indenização.
- 5.4. O Segurado terá direito à indenização a partir do 16º (décimo sexto) dia de afastamento por incapacidade temporária.

6. JUNTA MÉDICA

- 6.1. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas 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, constituída por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.
- 6.2. 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.
- 6.3. 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.

7. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 7.1. Em caso de sinistro, cabe ao Segurado providenciar os documentos básicos descritos na Cláusula 22.2, das Condições Gerais, bem como as abaixo indicados, sendo que as cópias deverão ser autenticadas:
 - 7.1.1. Para Perda de Renda por Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença:

- a) relatório médico original detalhando o atendimento, diagnóstico e tratamento aplicado, bem como o tempo previsto de incapacidade, emitido pelo profissional legalmente habilitado (médico) que atendeu o segurado na data do evento;
 - b) exames realizados que comprovem a Incapacidade Física Temporária (original ou cópia simples);
 - c) cópia autenticada do documento que comprove a atividade exercida, podendo ser:
 - última declaração do Imposto de Renda;
 - recibo de pagamento autônomo;
 - carnê-leão, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada;
 - d) comprovante dos últimos 3 (três) meses anteriores à data do evento, do pagamento de INSS, acrescido do documento que comprove a atividade desempenhada; ou
 - e) Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (BO), se cabível;
 - f) Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor;
 - g) Cópia do Laudo da Perícia Técnica, realizada no local do acidente;
 - h) Cópia dos Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado).
- 7.2. Quando a indenização for parcelada, o segurado deverá apresentar documentação probatória a condição de desempregado para ter direito a indenização, conforme limite de valor e quantidades de parcelas estabelecidas nas condições contratuais.
- 7.3. Se não ocorrer a comprovação da condição de desempregado em até 30 dias contados do último pagamento, a cobertura será automaticamente cancelada.

8. ACUMULAÇÃO DE SINISTROS

- 8.1. O Segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda de Renda. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver a data de emissão mais antiga.
- 8.2. Sinistros subsequentes ao primeiro apenas terão cobertura se ocorridos após 12 (doze) meses daquele que o antecedeu.

9. DISPOSIÇÕES GERAIS

- 9.1. Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.

VI - COBERTURA DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante, em caso de morte do segurado, o reembolso das despesas realizadas com o funeral ou a prestação de serviço de assistência, até o valor do capital segurado contratado, **exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**
 - 1.1.1.A Seguradora efetuará o reembolso das despesas com o funeral, mediante ao envio de documentos comprobatórios dos gastos realizados pelo responsável do dispêndio, até o limite do Capital Segurado contratado.
 - 1.1.2.A comprovação das despesas deverá ser feita mediante apresentação dos comprovantes originais.
- 1.2. Contratada esta cobertura para os segurados principais, o Estipulante poderá contratá-la também para os Segurados Dependentes, ao seu exclusivo critério.

2. SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

- 2.1. Em substituição ao reembolso, poderá haver opção pela prestação de serviços de assistência funeral, até o limite do Capital Segurado contratado, e se as despesas realizadas pelo prestador de serviço forem inferiores ao Capital Segurado, a diferença será paga aos Beneficiários indicados.
- 2.2. A prestação dos serviços de sepultamento ou cremação será feita exclusivamente no território nacional (onde existir esse serviço) e engloba os seguintes itens, exclusivamente:
 - a) **Envio de um representante credenciado, além do fornecimento do livro de registro de presença;**
 - b) **cerimônia fúnebre, abrangendo exclusivamente os itens abaixo:**
 - c) **preparação do corpo para acomodação em urna;**
 - d) **caixão/urna funerária feita em madeira maciça, com ornamentos laterais e face superior, alças e chavetas douradas, forração em tecido, apoio para cabeça, visor e babados e sobre babados;**
 - e) **véu ou manto mortuário, quando necessário;**
 - f) **enfeite floral e coroas de flores;**
 - g) **capela mortuária ou velório;**
 - h) **aparelho de ozona;**
 - i) **mesa de condolências ou câmara ardente, incluindo castiçais, velas, suporte para urna e imagens ou insígnias de acordo com a religião da família;**
 - j) **carro funerário para enterro dentro do município de moradia habitual do segurado;**
 - k) **sepultamento ou cremação onde existir esse serviço;**
 - l) **pagamento de taxa de sepultamento ou cremação onde existir esse serviço;**
 - m) **providência no sentido de levar o óbito a registro, suportando os ônus decorrentes deste serviço;**
 - n) **indicação de locação de um jazigo, dependendo da disponibilidade do local, por um período de até 3 (três) anos contados da data do falecimento, no caso em que a família do “de cujus” não dispuser de local para o sepultamento.**
 - o) **traslado e/ou repatriamento de corpo, onde o prestador de serviço tratará das formalidades a serem cumpridas no local do falecimento, garantindo o pagamento das despesas de transporte desde o local de óbito e/ou preparação do corpo até o local de sepultamento ou cremação no Brasil, incluindo-se os gastos para o fornecimento de urna funerária para o transporte terrestre, ou de urna específica (zincada) necessária para traslados aéreos, quando o falecimento ocorrer fora do município de moradia habitual do segurado.**

1. No que se refere ao traslado e/ou repatriamento do corpo, o prestador de serviço providenciará a remoção do corpo de qualquer lugar do mundo somente para o sepultamento ou cremação no município de moradia habitual do segurado no Brasil.

2.2.1. Os serviços de assistência serão prestados a partir do momento em que o corpo do falecido segurado estiver liberado pelas autoridades, sem que haja obstáculo material, policial ou judicial que impeça o traslado e/ou repatriamento.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

3.1. Os riscos excluídos para esta Cobertura são os constantes das Condições Gerais.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1. Para fins desta cobertura o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, estabelecida na apólice, vigente na data do evento.

4.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do segurado.

5. CARÊNCIA

5.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

6. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

6.1. O âmbito territorial para a garantia prevista nesta cobertura é o território global.

7. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

7.1. Se a cobertura for utilizada na forma de indenização, os documentos básicos necessários estão relacionados nas Condições Gerais do seguro.

7.2. Se a cobertura for utilizada na forma de reembolso, adicionalmente aos documentos relacionados nas Condições Gerais do seguro, os documentos básicos necessários são:

a) Comprovantes (notas fiscais e recibos) originais das despesas realizadas com o funeral do segurado.

7.3. Se a cobertura for utilizada na forma de prestação de serviços, não haverá documentos adicionais àqueles relacionados nas Condições Gerais do seguro.

7.4. Para todos os beneficiários desta cobertura, utilizada na forma de reembolso de despesas realizadas com o funeral do segurado, os documentos básicos necessários são:

a) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;

b) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;

c) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica;

d) Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica.

7.4.1. Na forma de utilização da cobertura como indenização, se o beneficiário for companheiro(a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:

a) Cópia da anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou cópia do comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou cópia da declaração de Imposto de Renda com indicação

do companheiro(a) como dependente do segurado;

b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes.

7.4.2. Na forma de utilização da cobertura como indenização, se o beneficiário for filho do segurado, os documentos básicos adicionais são:

a) Cópia da Certidão de Nascimento;

b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se não houver documento de indicação de beneficiários).

7.4.3. Na forma de utilização da cobertura como indenização, se o beneficiário for pai ou mãe do segurado, o documento básico adicional é:

a) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se o segurado for solteiro e não houver documento de indicação de beneficiários).

7.5. O pagamento de indenização por esta Cobertura de Assistência Funeral não implica no reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

8. RATIFICAÇÃO

Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

VII - COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

- 1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) em caso de falecimento do Segurado, **exceto se decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais**.
- 1.2. Contratada esta cobertura para os segurados principais, o Estipulante poderá contratá-la também para os Segurados Dependentes, ao seu exclusivo critério.
- 1.3. Esta Cobertura pode ser contratada como antecipação parcial da Cobertura por Morte, quando contratada, ou com Capital Segurado próprio.
 - 1.3.1. Na hipótese de contratação na forma de antecipação parcial da Cobertura por Morte, esta Cobertura garante ao(s) Beneficiário(s), mediante requerimento, o pagamento correspondente a um percentual do Capital Segurado previsto para a Cobertura por Morte, limitado ao valor constante no Contrato, caso o Segurado venha a falecer.
 - 1.3.1.1. Por se tratar de antecipação parcial do capital segurado previsto para a Cobertura por Morte, em havendo o reconhecimento, por parte da Seguradora, do direito do(s) Beneficiário(s) ao Capital Segurado relativo à Cobertura por Morte, o pagamento dessa Cobertura será efetuado descontando-se o valor já pago em razão desta Cobertura.
 - 1.3.2. Na hipótese de contratação na forma de Capital Segurado próprio, esta Cobertura garante o pagamento do capital segurado contratado ao(s) beneficiário(s) em caso de falecimento do Segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

- 2.1. Os riscos excluídos para esta Cobertura são os constantes das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

- 3.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.
- 3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte.

4. CARÊNCIA

- 4.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

5. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

- 5.1. Em caso de sinistro devem ser apresentados os documentos elencados nas Condições Gerais.
 - 1.1. O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Funeral não implica no reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

6. RATIFICAÇÃO

- 6.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

VIII- COBERTURA DE AUXÍLIO CESTA BÁSICA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. A contratação desta Cobertura, com o pagamento do prêmio correspondente, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do capital contratado a título de Auxílio Cesta Básica, **exceto se a morte do segurado for decorrente de riscos excluídos e observadas as demais Condições Contratuais.**

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Os riscos excluídos para esta Cobertura são os constantes das Condições Gerais.

3. CAPITAL SEGURADO

3.1. Para fins desta Cobertura, o capital segurado é a importância a ser paga em razão de sinistro coberto, vigente na data do evento.

3.2. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital segurado, a data da morte do segurado.

4. CARÊNCIA

4.1. Se houver carência, o prazo será estabelecido no Contrato.

5. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA

5.1. O âmbito territorial para a garantia prevista nesta cobertura é o território brasileiro.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Para todos os beneficiários do segurado nesta cobertura, os documentos básicos necessários são:

- a) Cartão CNPJ ou CADEMP, em se tratando de pessoa jurídica;
- b) Contrato Social e sua última alteração, ou Estatuto Social e sua última ata de assembleia, em se tratando de pessoa jurídica;
- c) Cópia do RG ou outro documento de identidade e do CPF de cada beneficiário ou do(s) representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica;
- d) Cópia atualizada do comprovante de endereço nominal (conta de telefone fixo, de água, de luz, etc.) a cada beneficiário ou representante(s) legal(is) ou procurador(es), em se tratando de pessoa jurídica.

6.1.2 Se o beneficiário for companheiro(a) do segurado, os documentos básicos adicionais são:

- a) Cópia da anotação na Carteira de Trabalho do segurado ou cópia do comprovante de dependentes do INSS (se houver), ou cópia da declaração de Imposto de Renda com indicação do companheiro(a) como dependente do segurado;
- b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes.

6.1.3. Se o beneficiário for filho do segurado, os documentos básicos adicionais são:

- a) Cópia da Certidão de Nascimento;
- b) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se não houver documento de indicação de beneficiários).

6.1.4. Se o beneficiário for pai ou mãe do segurado, o documento básico adicional é:

- a) Declaração assinada, com firma reconhecida e registrada em cartório, informando o real estado civil do segurado, se e há quanto tempo vivia maritalmente com alguém e se deixou filhos, citando todos os seus nomes (se o segurado for solteiro e não houver documento de indicação de beneficiários).

6.2 O pagamento de indenização por esta Cobertura de Auxílio Cesta Básica não implica no reconhecimento da obrigação de pagar indenização por qualquer outra cobertura do seguro.

7. RATIFICAÇÃO

7.1. Ratificam-se os termos das Condições Gerais que não tenham sido alteradas por estas Condições Especiais.

IX - CONDIÇÕES ESPECIAIS DA CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE REVERSÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

1. OBJETIVO

1.1. Seguradora e estipulante acordam que, mediante inserção desta Cláusula Suplementar no seguro, ao final de vigência da apólice haverá distribuição do excedente técnico porventura existente, de acordo com os critérios a seguir estabelecidos.

2. CRITÉRIOS PARA DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

- 2.1. Será distribuído ao estipulante, como excedente técnico, um percentual do saldo positivo da apólice, livremente pactuado, e constante do contrato firmado entre as partes.
- 2.2. A distribuição se fará após o término da vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo pactuado no contrato, à partir da data da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
- 2.3. A distribuição de excedentes técnicos fica condicionada à existência de uma média mensal mínima de vidas de segurados, pactuada no contrato, durante a vigência do seguro.

3. APURAÇÃO DE RESULTADO

3.1. Consideram-se como receitas e despesas, para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

3.1.1. Receitas:

- a) **prêmios de competência correspondente ao período e vigência da apólice, efetivamente pagos;**
- b) **estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;**
- c) **valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR - Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados) do período anterior;**
- d) **recuperação de sinistros do(s) ressegurador(es).**

3.1.2. Despesas:

- a) **as comissões de corretagem pagas durante o período;**
- b) **as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período;**
- c) **as comissões de agenciamento pagas durante o período de apuração;**
- d) **prêmios de resseguro;**
- e) **valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma vez só os sinistros com pagamentos parcelados;**
- f) **alterações dos valores de sinistros já considerados em apurações anteriores;**
- g) **valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR - Provisão de Sinistros Ocorridos e Não Avisados), considerando-se para tal um percentual sobre os prêmios ou sinistros de competência do período, conforme acordado com o estipulante;**
- h) **saldos negativos de períodos anteriores, ainda não compensados;**
- i) **despesas efetivas de administração, acordadas com o estipulante.**

3.2. **As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:**

- a) **o respectivo pagamento, para prêmios e comissões;**

- b) o aviso à seguradora, para os sinistros;
- c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores;
- d) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

3.3. Os valores apurados como resultado técnico devem ser atualizados monetariamente pelo índice para atualização de valores previsto no item 23. das Condições Gerais do seguro, desde o término do período de apuração determinado no contrato, até a data de sua distribuição como excedente técnico.

4. DISPOSIÇÕES FINAIS

Ratificam-se todos os termos das condições gerais deste seguro que não tenham sido expressamente alterados por esta condição especial.