Prudential

Apólice n°: 1099300049478/1
N° Processo Susep: 15414.650452/2021-85

Aditivo de renovação de apólice de vida em grupo

VG EXPRESS

Grupo/Ramo: 09/93	**Contrato n°** 405571	**Apólice n°** 1099300049478/1

Proposta N°	Início da vigência	Fim da vigência	Data de emissão
42025100916472	**24hs do dia 30/09/2026**	**24hs do dia 30/09/2027**	**20/10/2026**
Apólice anterior renovada	Pró-labore	Excedente técnico	Cosseguro
1099300049478	**0%**	**NÃO**	**NÃO**

Dados do estipulante

Nome/razão social:
SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CANCER

CNPJ:	**Telefone:**
10.894.988/0003-03	

Endereço completo:
ROD BR-232, S/N, KM 185

Bairro:	**Cidade:**
EDSON MORORO MOURA	**BELO JARDIM**
CEP:	**UF:**
55150-790	**PE**

Código e descrição da atividade econômica principal
86.10-1 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

Dados do Corretor

Nome/razão social:	**CNPJ:**	**Código Susep:**
PEQUOD CORRETORA DE SEGUROS VIDA E PREVIDENCIA LTDA	**42.189.641/0001-86**	**212118484**

Endereço Padrão	**N°**	**Complemento**
Avenida Antônio de Góes	**275**	**SALA 1302 EDF. INTE**

Cidade	**Bairro**	**CEP**	**UF**
Recife	**Pina**	**51110000**	**14**

Co-corretor

Nome/razão social:	**CNPJ:**	**Código Susep:**
XP CORRETORA DE SEGUROS DE RISCOS CORPORATIVOS S.A.	**39.941.749/0001-79**	**202108183**

Pagamento de prêmio

Forma de pagamento	Periodicidade	N° de parcelas	Vencimento todo dia
Ficha de Compensação - Itaú Com IOF - 148	**Mensal**	**0**	**25**

Observações

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

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



Patricia Freitas
Presidente & CEO



Felipe Votto
Vice-Presidente Operações & COO

Central de Atendimento

0800 730 0011

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

(+55 11) 2871 5034

Atendimento no exterior
(Assistência Funeral - 24h)

SAC

Serviço de Atendimento ao Cliente

0800 730 0012

Atendimento 24 horas

0800 024 0025

Em caso de deficiência auditiva ou de fala Atendimento 24 horas

Ouvidoria Prudential do Brasil

0800 200 1020

(Segunda a sexta-feira, das 8h as 17h
Solicitações não resolvidas já tratadas pelos canais de atendimento.)

Condições contratuais

VG EXPRESS

Proposta n°	Grupo/Ramo:	Início da vigência	Fim da vigência
42025100916472	**09/93**	**24hs do dia 30/09/2026**	**24hs do dia 30/09/2027**

Condições do Seguro - ESCALONADO

Grupo segurável

O grupo segurável será constituído por **Ativos, Estagiários, Funcionários, Sócios e Dirigentes, Terceiros,** desde que comprovado o vínculo com o estipulante e que preencham os requisitos de elegibilidade.

Não há afastados no grupo

Tipo de Adesão

Compulsória: 100% do grupo segurado.
A inclusão dos componentes no grupo segurável é feita de forma automática e todos os funcionários farão parte do grupo.

Tipo de capital segurado

Escalonado cargo

Cada segurado terá o valor de capital, conforme a tabela de escalonamento a seguir.

O escalonamento será realizado por Funções

Escalonamento	Capital Segurado
FAIXA 1 até FAIXA 1	R$ 12.131,52
FAIXA 2 até FAIXA 2	R$ 24.263,04
FAIXA 3 até FAIXA 3	R$ 97.052,19

Limite de Idade

Na implantação, será de 74 anos. Para novas inclusões durante a vigência, o limite de idade será de 70 anos. Acima desse limite, as novas inclusões poderão ser analisadas mediante a apresentação da DPS – Declaração Pessoal de Saúde – e novos cálculos serão embasados, podendo haver acréscimo de prêmio e alterações de condições.

Tipo de custeio

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

Cobertura(s)	Percentual	Capitais/Limites	Taxas
Morte	100.00	R$ 97.052,19	0.144017
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ATÉ	100.00	R$ 97.052,19	0.096012

Observação

A **taxa média mensal** é a soma do resultado da ponderação das taxas por garantia e seus percentuais. Sua correta aplicação, exceto a garantia de Diária por Incapacidade Temporária, quando contratada, totalizará a taxa média acordada de **0.240029** (por mil).A referida taxa contempla o IOF de **0.38%.**

Grupo segurável

O grupo segurável será constituído por **Ativos, Estagiários, Funcionários, Sócios e Dirigentes, Terceiros,** desde que comprovado o vínculo com o estipulante e que preencham os requisitos de elegibilidade.

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

Âmbito Territorial das Coberturas

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

Vigência e Renovação

A presente apólice terá início de vigência a partir das 24 (vinte e quatro) horas do dia **30/09/2026** e fim de vigência nas 24 (vinte e quatro) horas do dia **30/09/2027**, podendo ser renovada automaticamente uma única vez caso não haja expressa desistência do estipulante ou da seguradora até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência. A seguradora tem o direito de não renovar a apólice na data de vencimento, conforme estabelecido nas condições gerais do seguro.

Atualização monetária do prêmio e do capital segurado

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

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

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

Condições de aceitação e manutenção no grupo segurado

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

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

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

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

A seguradora terá 25 (vinte e cinco) dias para se manifestar quanto à aceitação do proponente na apólice. Caso a seguradora não se manifeste neste prazo, será considerado como aceito o risco individual do proponente.

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

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

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

Subestipulante

Toda e qualquer informação a respeito do(s) subestipulante(s) será de responsabilidade do estipulante.

Os subestipulantes, se houver, estarão relacionados no item Anexos.

Franquias e carências

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

Faturamento

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

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

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

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

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

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

Índices de adesão e manutenção da apólice

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

Prêmio do seguro

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

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

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

Pagamento de sinistro

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

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

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

Não será considerada, para efeito de cálculo do valor da indenização, qualquer diferença relativa à adoção de critérios de aumento salarial divergente do que fora previamente pactuado no contrato. Uma vez constatada tal situação, será providenciada a imediata devolução acumulada das diferenças de prêmios pagos indevidamente.

Beneficiários

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

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

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

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

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

O beneficiário do segurado dependente será sempre o segurado titular.

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

Inadimplência e cancelamento da apólice

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

Durante o período de tolerância do seguro, ou seja, em 90 (noventa) dias corridos a contar da data da notificação de atraso de pagamento enviada ao segurado, o segurado e/ou o estipulante deverá providenciar a regularização do pagamento do(s) prêmio(s) ou da(s) fatura(s) em aberto, para que não ocorra o cancelamento da apólice.

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

Após 90 (noventa) da data da notificação de atraso de pagamento enviada ao segurado, o seguro será cancelado, independentemente de haver parcela(s) em atraso intercalada(s) com parcela(s) paga(s).

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

A apólice poderá também ser cancelada a qualquer época, por mútuo e expresso consenso entre o estipulante e a seguradora, desde que haja anuência prévia e expressa de ¾ (três quartos) do grupo segurado, ou no vencimento da apólice, observado o disposto nas condições gerais.

Alteração

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

Qualquer modificação na apólice em vigor que implique ônus ou dever para os segurados, ou redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do grupo segurado.

Pró-labore

Disposições finais

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

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

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

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

Ratificação

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

Observações complementares

EstãodispensadosdopreenchimentodaDeclaraçãoPessoaldeSaúde,ogrupodeseguradosinformadosnacotaçãocomcapitalseguradoinferioraR$92.748,66enovosproponentes com idade inferior ou igual a 70 anos e capital segurado inferior a R$ 92.748,66

Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada via aditivo à apólice.
Além da Ouvidoria Prudential, o segurado poderá registrar reclamações no site www.consumidor.gov.br

Anexos

Fazem parte integrante e inseparável os anexos a seguir: -Condições Especiais -Condições Gerais -Relação dos Subestipulantes

Dados do subestipulante

Nr°	Nome/razão social	CNPJ
1	SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CANCER	10.894.988/0003-03

Endereço completo

ROD BR-232, Nº S/N - KM 185
EDSON MORORO MOURA - BELO JARDIM - PE
CEP 55.150-790

Condições Gerais

Condições gerais
SEGURO DE PESSOAS COLETIVO

1. Objetivo do seguro

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

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

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

1.4. A aceitação da proposta de seguro estará sujeita à análise de risco pela seguradora, feita a partir das informações necessárias fornecidas pelo proponente, de exames e documentos solicitados pelo segurador, em conformidade com o que determina o artigo 44 da Lei 15.040, de 2024.

1.4.1. A omissão dolosa do proponente no dever de informar importará em perda da garantia, sem prejuízo do pagamento do prêmio e da obrigação de ressarcir pelas despesas efetuadas pelo segurador;

1.4.2. O descumprimento culposo do dever de informar implicará a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.

2. Eventos cobertos

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

2.2. Nos termos do artigo 58 da Lei 15.040, de 2024, as condições particulares do seguro prevalecem sobre as especiais e estas sobre as gerais.

3. Coberturas

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

3.2. O detalhamento das coberturas deste seguro se encontra ao final do documento como Condições Especiais. Conforme as conjugações disponibilizadas pela seguradora, qualquer cobertura poderá ser contratada como Cobertura Básica ou Principal, e as demais coberturas serão consideradas Coberturas Adicionais ou Especiais.

1. Morte – M
2. Morte Acidental – MA
3. Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente – IPA
4. Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente em Local de Trabalho - IPA-LT
5. Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA
6. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD
7. Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas por Acidente – DMHO
8. Diárias de Incapacidade Física Temporária – DIT
9. Diárias de Incapacidade Física Temporária por Acidente – DITA
10. Diárias de Internação Hospitalar – DIH
11. Diárias de Internação Hospitalar por Acidente – DIHA
12. Quebra de Ossos – QO
13. Cobertura Cirúrgica – CC
14. Doenças Congênitas de Filhos – DCF

15. Auxílio Cesta Básica – ACB
16. Auxílio Financeiro Imediato – AFI
17. Rescisão Trabalhista – RT
18. Cobertura de Assistência Funeral – Reembolso
19. Cobertura de Assistência Funeral – AF
19.1. Cobertura de Assistência Funeral – Individual
19.2. Cobertura de Assistência Funeral – segurado e Companheiro(a)
19.3. Cobertura de Assistência Funeral – segurado, Companheiro(a) e Filhos
19.4. Cobertura de Assistência Funeral – segurado, Companheiro(a), Filhos
20. Indenização Especial para Filhos – IEF
21. Doenças Graves – DG
22. Câncer
23. Infarto agudo do miocárdio
24. Acidente vascular cerebral
25. Insuficiência renal
26. Transplante de órgão vital
27. Cegueira – 80% ou mais
28. Alzheimer
29. Esclerose múltipla
30. Parkinson
31. Cirurgia de enxerto de bypass da artéria coronária
32. Paralisia de membros
33. Cirurgia cardíaca valvular
34. Cirurgia da aorta
35. Surdez
36. Queimaduras de terceiro grau
37. Cobertura para Filhos Póstumos
38. Cobertura Adaptação de Residência e/ou Veículo
39. Perda Involuntária de Emprego
40. Incapacidade Física Total e Temporária
41. Cláusulas suplementares
41.1. Inclusão automática de cônjuge
41.2. Inclusão automática de filhos
41.3. Inclusão facultativa de cônjuge

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

3.4. Cumulação de Coberturas:
3.4.1 Cobertura por Morte (M) e Morte Acidental (MA), quando contratadas em conjunto, serão cumulativas.
3.4.2 Cobertura por Morte (M)/Morte Acidental (MA) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratadas em conjunto, não serão cumulativas.
3.4.3 Cobertura por Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente (IPA), quando contratadas em conjunto, não serão cumulativas.
3.4.4 Cobertura por Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente em Local de Trabalho (IPA-LT), quando contratadas em conjunto, não serão cumulativas.
3.4.5 As coberturas de Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente total ou parcial por Acidente em Local de Trabalho (IPA-LT) não podem ser contratadas conjuntamente.
3.4.6 Cobertura por Morte Acidental (MA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), quando contratadas em conjunto, não serão cumulativas.
3.4.7 Cobertura por Morte (M) e qualquer diagnóstico de doenças graves ou intervenções cirúrgicas, quando contratadas em conjunto, serão cumulativas.
3.4.8 Cobertura por Despesas Médico-Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Diárias de Incapacidade Física Temporária (DIT) e/ou Diárias de Internação Hospitalar (DIH), quando contratadas em conjunto, serão cumulativas.
3.4.9 Cobertura por Doenças Graves (DG) e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), quando contratadas em conjunto, serão cumulativas.
3.4.10 Cobertura de Filhos Póstumos só poderá ser contrata em conjunto com a cobertura de Morte ou Morte Acidental.

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

4. Riscos excluídos

4.1. Atenção: as situações abaixo NÃO ESTÃO COBERTAS POR ESTE SEGURO. Independentemente de ter sido contratada a cobertura Básica, Adicional ou Suplementar, caso ocorra qualquer dos eventos especificados abaixo, não será devido pagamento de qualquer valor ao segurado ou beneficiário.

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

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

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

d) epidemias, pandemias e envenenamento de caráter coletivo, assim declarados por órgão competente;

e) Fenômenos naturais extremos, como tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas;

f) atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado ou pelos beneficiários e/ou pelo representante legal. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, estão excluídos os danos causados por atos ilícitos dolosos praticados por seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes legais;

g) Atos reconhecidamente perigosos (tais como, mas não se limitando a prática de esportes clandestinos, rachas, escaladas solo, atos de vandalismo, participação em conflitos armados, manipulação de explosivos, atos de sabotagem, contrabando, transporte de drogas) que não sejam motivados por necessidade justificada, salvo se decorrente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio a outrem;

h) prática de parte do segurado, de atos contrários à lei, inclusive condução ou pilotagem de veículos automotores terrestres, aquáticos, aéreos e similares sem devida habilitação legal, inclusive aposta ou rachas, exceto na prática de esportes profissionais e nos casos nos quais o segurado tenha informado previamente à seguradora, e esta tenha prévia e expressamente aceito o risco informado;

i) indenizações por danos morais.

j) doenças, lesões, acidentes ou estados patológicos preexistentes à contratação do seguro, que eram de conhecimento do segurado e não foram declarados na proposta de adesão, quando constituírem causa principal ou exclusiva do sinistro.

4.2. O beneficiário também não tem direito ao capital segurado estipulado no certificado individual, quando o segurado se suicida nos primeiros 2 (dois) anos da vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso, ou do aumento do capital segurado. Nesta última hipótese, a exclusão somente se aplica à diferença do capital segurado aumentado, conforme disposto no parágrafo 1º art. 120 da Lei 15040. A exclusão não se aplica em caso de suicídio involuntário do segurado.

5. Cláusula beneficiária

5.1. Beneficiários em caso de morte

5.1.1 Esta cláusula é válida, exclusivamente, para contratos de seguro com cobertura para morte do segurado.

5.1.2 É livre a indicação do beneficiário nos seguros sobre a vida e a integridade física, que receberão o capital segurado em caso de morte do segurado. O segurado poderá substituir o beneficiário indicado durante o período de vigência do contrato, por ato intervivos ou por declaração de última vontade.

5.1.3 Se a seguradora não for comunicada sobre a substituição do beneficiário, será exonerada da obrigação se pagar ao antigo beneficiário indicado, conforme determina o artigo 114 da Lei 15.040, de 2024.

5.1.3.1 Na falta de indicação do beneficiário ou não prevalecendo a indicação feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do segurado, nos termos do artigo 115 da Lei 15.040, de 2024.

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

5.1.5 Na hipótese de a morte de um ou mais beneficiários indicados ocorrer antes da morte do segurado titular (“premoriência”), a parte a ele(s) determinada será paga na forma da lei.

5.1.6 Considera-se ineficaz a indicação, na hipótese de morte simultânea (“comoriência”) do segurado titular e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, titular e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência desses, o pagamento ocorrerá pelo artigo correspondente da Lei 15.040, de 2024.

5.1.7 Caso não haja qualquer indicação de beneficiário ou se a que foi feita não prevalecer, a indicação feita, o capital segurado será pago metade ao cônjuge, se houver, e o restante aos demais herdeiros do segurado.

5.1.8 Se o segurado for separado, ainda que de fato, caberá ao companheiro a metade que caberia ao cônjuge.

5.1.9 Se não houver beneficiários indicados ou legais, o valor será pago àqueles que provarem que a morte do segurado os privou de meios de subsistência.

5.1.10 Se a seguradora, ciente do sinistro, não identificar beneficiário ou dependente do segurado para subsistência no prazo prescricional da respectiva pretensão, o capital segurado será tido por abandonado, nos termos do inciso III do caput do art. 1.275 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil), e será aportado no Fundo Nacional para Calamidades Públicas, Proteção e Defesa Civil (Funcap).

5.1.11 Nos termos do § 5º do Art. 115 da Lei nº 15.040/2024, não prevalecerá a indicação de beneficiário realizada por meio de doação nas hipóteses de sua revogação, conforme previsto nos artigos 555, 556 e 557 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil). A seguradora poderá considerar ineficaz a indicação de beneficiário quando houver decisão judicial que reconheça a revogação da doação por ingratidão ou inexecução de encargo, nos termos da legislação vigente.

5.1.12 Se o beneficiário tiver sido indicado em razão de doação e esta vier a ser revogada por ingratidão, descumprimento do encargo ou superveniência de filhos, por exemplo, o beneficiário perderá o direito ao capital segurado.

5.1.13 Quando o pagamento do capital segurado for realizado por meio de reembolso de despesas, serão beneficiários aqueles que provarem por documentos idôneos que arcaram com as despesas cobertas.

5.2. Beneficiários das demais coberturas

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

6. Âmbito territorial da cobertura

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

7. Idade do segurado

7.1. O contrato de seguro poderá ser firmado por pessoas maiores e capazes, ou por seus representantes legais e/ou estipulantes.

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

8. Vigência do seguro

8.1. Este Seguro Coletivo é contratado por prazo determinado, sem renovação automática. A Seguradora notificará o Estipulante 30 (trinta) dias antes do término do período de vigência sobre seu interesse em renovar ou em não renovar.

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

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

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

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

8.5. Nos contratos de seguro cujas propostas de contratação tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura deverá coincidir com a data de aceitação da proposta pela seguradora ou se dará em data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes.

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

9. Contratação do seguro pelo estipulante

9.1. A contratação, alteração ou renovação não automática do seguro somente poderá ser realizada mediante o preenchimento e assinatura da proposta pelo Estipulante, seu representante legal ou corretor de seguros. O Estipulante ou o potencial segurado deverá fornecer todas as informações solicitadas pela seguradora, bem como quaisquer dados relevantes de que tenha conhecimento ou que razoavelmente devesse conhecer, para que a proposta seja analisada e a taxa utilizada no cálculo do prêmio seja definida.

9.2. Após aceite da proposta, pela Seguradora, a apólice de seguros será emitida com base nas declarações prestadas pelo estipulante no ato da contratação, que deverão ser verdadeiras. Essas declarações determinarão a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente. As partes e terceiros intervenientes devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos.

9.3. Caso a seguradora constate que foram fornecidas informações não verídicas, ou que determinem que o grupo segurado seja diferente daquele que serviu de base para o cálculo atuarial, a seguradora terá direito de recalcular o valor do prêmio. Na hipótese de o novo cálculo não ser aceito pelo estipulante a apólice será cancelada pela seguradora. A partir da data do cancelamento, o Estipulante, será responsável por qualquer indenização devida ao grupo segurado, bem como por eventual ressarcimento à seguradora por danos ou despesas que ela venha a sofrer, materiais ou imateriais.

9.4. Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na proposta, o estipulante deverá solicitar à seguradora, por escrito, dentro do prazo de 1 (um) mês, a contar da data da sua emissão, que sejam corrigidas as divergências existentes. Decorrido esse prazo, será considerada válida a redação disposta na apólice.

10. Adesão do seguro pelo segurado

10.1. A adesão à apólice coletiva será realizada mediante a assinatura, ou a formalização por meio remoto seguro

aceito pelas partes como válido, de proposta de adesão e desta constará cláusula na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições gerais.

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

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

10.4. A seguradora terá o prazo de 25 (vinte e cinco) dias para se manifestar sobre a proposta de adesão, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco.

10.4.1. A seguradora verificará se as informações contidas na proposta de adesão são suficientes para a emissão do certificado de seguro, sendo que ainda poderá solicitar ao proponente documentos complementares, além de declarações pessoais, exames médicos e/ou qualquer outra prova ou atestado de saúde para análise e aceitação do risco ou da alteração na proposta de adesão, o que poderá ser feito apenas uma vez durante esse prazo. Nesse caso, o prazo de 25 (vinte e cinco) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que ocorrer a entrega da documentação solicitada completa.

10.5. A recusa na aceitação da proposta será comunicada expressamente pela seguradora, de forma justificada.

10.5.1. Em caso de recusa de proposta para seguro cujo valor do prêmio já tenha sido pago, no todo ou em parte, a devolução do valor pago será feita no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data em que a recusa foi manifestada. O valor da devolução poderá ser integral ou pro rata temporis, relativo ao período entre o pagamento do prêmio e a recusa da proposta.

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

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

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

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

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

11. Alteração da apólice

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

11.2. Qualquer alteração nas condições contratuais em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa, por escrito, do estipulante e da seguradora ratificada pelo correspondente endosso, observando

que qualquer modificação da apólice que implique ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da prévia e anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

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

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

12. Renovação

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

12.2. A renovação será automática, facultado às partes enviar notificação prévia, em até 30 (trinta) dias que antecederem o vencimento do contrato, para informar interesse de não renovar ou eventuais modificações que pretenda fazer para a renovação.

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

12.4. Na renovação, se ocorrer modificação dos termos do contrato que possa gerar efeitos contrários aos interesses dos segurados e beneficiários, esta dependerá da anuência de pelo menos três quartos do grupo.

13. Das Omissões E Agravamento De Risco

13.1. O estipulante, o segurado, seu representante legal ou a corretora de seguros são obrigados a fornecer informações verdadeiras e completas que possam influenciar na aceitação da proposta ou na fixação do prêmio, conforme previsto na legislação vigente.

13.2. O descumprimento doloso do dever de informar, implicará na perda da garantia, sem prejuízo da cobrança dos prêmios vencidos e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

13.3. O descumprimento culposo do dever de informar, implicará na redução proporcional da garantia, de acordo com a diferença entre o prêmio pago e aquele que seria devido caso as informações tivessem sido corretamente prestadas.

13.4. Se, diante das informações não reveladas, a garantia for tecnicamente impossível ou se os fatos corresponderem a riscos não normalmente aceitos pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

13.5. Na hipótese de inexatidão ou omissão sem má-fé, a seguradora poderá:

I. Antes da ocorrência do sinistro:

a) Cancelar o seguro, retendo a parcela proporcional do prêmio ao tempo decorrido; ou

b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

II. Após sinistro com pagamento parcial:

a) Cancelar o seguro após o pagamento, retendo o prêmio proporcional e a diferença cabível; ou

b) Mediante acordo, permitir a continuidade do seguro, cobrando ou deduzindo a diferença de prêmio, ou restringindo a

cobertura futura.

13.6. AGRAVAMENTO DE RISCO

13.7. O segurado perderá o direito à indenização se agravar intencionalmente o risco de forma relevante.

13.8. O estipulante, o segurado, a corretora e os representantes legais devem comunicar à seguradora, assim que tomarem conhecimento, qualquer fato que possa agravar o risco coberto. A omissão dolosa implicará na perda do direito à cobertura.

13.9. A seguradora, ao receber a comunicação de agravamento do risco, terá até 20 (vinte) dias para manifestar-se por escrito quanto à cobrança da diferença de prêmio cabível. Nos seguros sobre a vida e a integridade física, mesmo em caso de relevante agravamento do risco, a seguradora não poderá cancelar ou restringir a cobertura, sendo permitida apenas a cobrança da diferença de prêmio.

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

13.11. FRAUDE

13.11.1 O segurado perderá o direito à indenização e não terá direito à devolução dos prêmios pagos se o sinistro decorrer de culpa grave, dolo, má-fé, fraude, simulação ou ato ilícito doloso, conforme previsto na legislação vigente.

14. Capital segurado

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

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

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

14.2. O capital segurado de cada dependente não poderá ser superior ao do titular, em nenhuma das coberturas contratadas.

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

15. Pagamento do prêmio

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

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

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

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

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

15.4. Se a data limite para o pagamento do prêmio à vista ou de qualquer uma de suas parcelas coincidir com dia em

que não haja expediente bancário, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil seguinte em que houver expediente bancário.

15.5. A seguradora notificará o Estipulante e/ou Segurado com orientações suficientes de que o não pagamento no novo prazo estabelecido no item 15.6, a seguradora não efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga.

15.6. Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que ele tenha sido quitado, ele poderá ser pago até 89 dias após última notificação de atraso enviada pela seguradora. Será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido, com multa, aplicada de uma só vez, de 2% (dois por cento) sobre o valor da parcela em atraso.

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

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

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

15.9. Caso ocorra um sinistro no período de inadimplência e antes do cancelamento final do seguro, a seguradora realizará o pagamento da indenização ao(s) beneficiário(s), com cobrança dos prêmios em atraso, multa e demais encargos aplicáveis.

15.10. Após 90 (noventa) dias a contar da data da notificação de atraso de pagamento enviada, o contrato de seguro será cancelado.

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

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

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

15.14. As quantias eventualmente pagas ao estipulante do seguro coletivo pelos serviços prestados serão informadas na proposta de seguro.

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

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

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

Relação % entre a parcela de prêmio paga e o	**Fração a ser aplicada sobre a vigência original**

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

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

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

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

15.21. Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à seguradora pelo estipulante nos prazos estabelecidos no item 15.6 ocasionará o cancelamento do seguro, mas se o prêmio foi recolhido do segurado, este não perderá o direito à indenização em caso de evento coberto.

16. Recálculo do prêmio e reavaliação das taxas

16.1. Recálculo

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

16.2. Reavaliação

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

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

17. Carências

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

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

17.3. Quando aplicável, o prazo de carência não poderá exceder metade do prazo de vigência da apólice / certificado individual.

17.4. Não há prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes que afetem a integridade física do segurado.

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

17.6. Ocorrendo o sinistro no prazo de carência, legal ou contratual, a seguradora entregará ao beneficiário ou ao segurado, contributário ou parcialmente contributário, o valor de prêmio efetivamente pago, caso solicitado no prazo de até 30 dias a contar da negativa do pagamento da indenização. Caso opte pela devolução de prêmio, a cobertura ou o certificado do segurado individual será imediatamente cancelado.

17.7. O suicídio em razão de grave ameaça ou de legítima defesa de terceiro não está compreendido no prazo de carência.

17.8. Não há prazo de carência quando se tratar de renovação ou de substituição de contrato existente, ainda que seja outra a seguradora.

18. Franquias

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

19. Cancelamento

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

19.1.1. Nesse caso, do prêmio recebido, a seguradora reterá, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido, na base pro rata temporis. Quando houver devolução de prêmio, ela será corrigida pelo índice IPCA/IBGE a partir da data de recebimento da solicitação de cancelamento, (se tal solicitação ocorrer por iniciativa do segurado) ou a partir da data do efetivo cancelamento, (se ocorrer por iniciativa da seguradora).

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

a) com falecimento do segurado titular, extingue-se, imediata e automaticamente, a cobertura integral do seguro;

b) se o segurado solicitar a sua exclusão da apólice, exceto para seguros compulsórios contratados de forma obrigatória por lei;

c) ao final do prazo de vigência da apólice de seguro, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;

d) se a apólice de seguro for cancelada durante a sua vigência, por acordo entre as partes;

e) quando do pagamento da indenização de uma das coberturas contratadas que assim o preveja, conforme previsto nas condições especiais;

f) por desaparecimento do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago;

• Nos casos de seguros que possuam entre o estipulante e segurado o vínculo empregado-empregador, a perda do vínculo será considerada como ocorrida na data em que houver o desligamento do quadro de colaboradores e após decurso do prazo de aviso prévio (ainda que indenizado), na forma da legislação aplicável.

g) se o estipulante deixar de pagar qualquer parcela do prêmio no prazo estipulado no item 15.6;

h) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos fraudarem ou tentarem fraudar, agirem com dolo ou simulação na contratação do seguro ou durante a sua vigência, para obter ou majorar os valores devidos pela seguradora;

i) se o segurado, seu(s) beneficiário(s) ou os representantes de ambos simularem um sinistro ou ainda agravarem as consequências para obter a indenização ou dificultar sua elucidação;

j) se o segurado ou estipulante, dolosamente, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam ter influído na aceitação da proposta ou no valor do prêmio;

k) se o estipulante deixar de repassar à seguradora os valores pagos pelos segurados, caso seja adotada a modalidade de seguro contributário. Mesmo que os segurados possuam comprovantes desses pagamentos, tal fato constituirá motivo para o cancelamento do seguro, uma vez caracterizada a inadimplência, ficando o estipulante sujeito às penalidades legais e a eventuais ressarcimentos junto ao grupo segurado;

l) quando o segurado solicitar sua exclusão do grupo segurado (quando possível) ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio, se cabível;

m) com o encerramento das atividades do estipulante.

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

19.4. Cessação da cobertura para os segurados dependentes

19.4.1. Além das situações mencionadas anteriormente e de outras previstas nas condições da apólice, a cobertura de cada segurado dependente cessará:

a) se cancelada a respectiva cláusula suplementar;
b) com a exclusão do grupo ou cessação da cobertura do segurado titular;
c) no caso de morte do segurado titular;
d) quando o segurado dependente for cônjuge ou companheiro do segurado titular, com a separação judicial, de fato ou de corpos, divórcio ou dissolução da união estável; sendo que, quando for o companheiro, cessará também com a solicitação de cancelamento, por escrito, feita pelo segurado titular, ou se, de qualquer outro modo, houver a cessação da condição de dependente, a condição de dependente cessará:
I – quando o segurado dependente for cônjuge ou companheiro(a) do segurado titular, nos casos de separação judicial, separação de fato ou de corpos, divórcio ou dissolução da união estável;
II – quando se tratar de companheiro(a), também mediante solicitação de cancelamento, por escrito, feita pelo segurado titular, ou por qualquer outro meio que caracterize a cessação da condição de dependente;
III – no caso de cancelamento do registro do dependente como companheiro(a), conforme previsto nos documentos cadastrais ou contratuais aplicáveis;
e) no caso de cancelamento do seu registro, quando se tratar de companheira(o);
f) no caso de cessação da condição de dependente previsto na forma de lei;
g) quando o segurado dependente for filho ou dependente do segurado titular, ou filho do companheiro ou do cônjuge do

segurado titular, com a cessação de dependência, conforme previsto no regulamento do imposto de renda;
h) quando o segurado dependente for filho apenas do cônjuge do segurado titular, com a separação judicial, o divórcio dos cônjuges ou fim da união estável;
i) quando o segurado dependente for filho apenas do companheiro do segurado titular, com o cancelamento do registro de dependência da mãe e/ou do pai;
j) a pedido do segurado titular, por escrito, na hipótese de inclusão facultativa do segurado dependente;
k) a pedido do estipulante por escrito.

20. Procedimento em caso de sinistro

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

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

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

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

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

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

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

Observações:

1. Filho(s) ou beneficiário(s) com idade inferior a 16 (dezesseis) anos serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou no impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei.

2. Filho(s) ou beneficiário(s) com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou no impedimento de um deles, o outro o assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em lei.

3. Para pessoas com idade inferior a 18 (dezoito) anos sem pai e mãe, a indenização será paga conforme o estabelecido na legislação vigente.

4. Na falta de indicação expressa de beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o pagamento da indenização ocorrerá de acordo com legislação em vigor. Nessa situação, além dos documentos indicados anteriormente, é necessário enviar a declaração de herdeiros conforme modelo fornecido pela seguradora.

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

20.6. Este contrato de seguro não cobre quaisquer despesas ou gastos com prevenção, manutenção ou cuidados

emergenciais de saúde do segurado.

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

20.8. A seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura, sob pena de perda do direito de recusá-la, contado da data de apresentação da reclamação ou do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhados de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.

20.9. Estando de posse da documentação mínima completa solicitada no item 20.4, a seguradora terá o prazo de 30 (trinta) dias para aceitar e efetuar o pagamento da indenização ou recusar o seu pagamento. Se, dentro do prazo mencionado, devido a dúvida fundada e justificável, a seguradora solicitar ao interessado na indenização outros documentos para elucidar a análise do evento, a contagem do prazo sofrerá suspensão de no máximo 2 (duas) vezes quando o valor da indenização for superior a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente e 1 (uma) vez quando for inferior e voltará a correr o prazo a partir do dia útil subsequente ao recebimento do último documento solicitado pela seguradora.

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

20.10.1. Qualquer pagamento de indenização feito após o prazo descrito no item 20.8 será efetuado no valor da indenização acrescido de multa total de 2% (dois por cento), aplicada de uma só vez.

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

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

20.12. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e aos juros moratórios ocorrerá independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato sem prejuízo da responsabilidade por perdas e danos desde a data em que a indenização ou o capital segurado deveriam ter sido pagos.

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

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

20.15. Negada a cobertura, no todo ou em parte, a seguradora deverá entregar ao interessado, mediante solicitação por escrito, os documentos produzidos ou obtidos durante a regulação e a liquidação do sinistro e que tenham sido determinantes para a decisão.

21. Perícia da seguradora

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

21.2. Se a perícia realizada pela seguradora comprovar a ocorrência de fraude do segurado ou do beneficiário, não será

devido qualquer pagamento e aqueles que, eventualmente, já tiverem sido realizados serão cobrados judicialmente, sem prejuízo da ação penal cabível.

22. Junta médica

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

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

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

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

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

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

22.7. Comprovado algum tipo de fraude e/ou questões de conflito de interesse entre o segurado e a composição da junta médica, a seguradora suspenderá o pagamento da indenização e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

23. Reintegração de Cobertura

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

24. Atualização dos valores do seguro

24.1. Os capitais segurados e os prêmios poderão ser atualizados anualmente, no aniversário do contrato, com base na variação acumulada do IPCA/IBGE durante o período de 12 (doze) meses anteriores, contados a partir do 3º (terceiro) mês anterior ao mês da atualização.
24.2. As atualizações de capital segurado serão aplicadas para todos os segurados para os quais será assegurada a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para o restante do grupo.

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

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

a) se houver extinção do IPCA/IBGE, será imediatamente utilizado como índice substitutivo o Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC/IBGE) ou, na falta deste, o índice que vier a ser autorizado pela Susep;

b) cessará imediatamente a atualização monetária de todos os valores inerentes a este seguro, caso essa atualização venha a ser vedada; ou

c) se houver proibição da utilização de indexadores, a atualização monetária prevista nesta cláusula será ajustada ao que a respeito deliberar o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) ou outro órgão competente para dispor sobre a

matéria.

25. Obrigações do estipulante

25.1. São obrigações mínimas do estipulante:

a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para análise e aceitação do risco, conforme estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;

b) manter a seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;

c) cabe ao estipulante fornecer ao segurado todas as informações relativas ao contrato de seguro e, assistir ao segurado e ao beneficiário durante a execução do contrato;

d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

e) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;

f) repassar aos segurados todas as comunicações ou os avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

g) fornecer, no momento da adesão ao seguro, cópia das condições gerais do seguro, bem como, entregar os certificados individuais disponibilizados pela seguradora pelo acesso controlado ao ambiente repositório de todos os certificados emitidos;

h) discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora responsável pelo risco nos documentos e comunicações, materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;
i) comunicar à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, assim que dele tiver conhecimento, quando tal comunicação estiver sob sua responsabilidade;

j) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

k) comunicar prontamente à seguradora por qualquer meio idôneo a ocorrência do sinistro ou da iminência de seu acontecimento, assim que tiver ciência;

l) fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;

m) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caractere tipográfico maior ou igual ao do estipulante;

n) entregar assim que receber da seguradora os certificados individuais aos segurados;

o) excluir o segurado do seguro em caso de recebimento da indenização de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença;

p) manter o seu cadastro permanentemente atualizado na seguradora;

q) demais obrigações legal e reguladoramente cabíveis.

25.2. Fica vedado ao estipulante e ao sub estipulante:

I - cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela sociedade seguradora; e

II - efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora e sem respeitar rigorosamente as condições contratuais do produto e a regulamentação de práticas de conduta no que se refere ao relacionamento com o cliente.

26. Comunicações

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

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

27. Foro

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

28. Do sigilo e da confidencialidade

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

a) manter absoluto sigilo sobre operações e informações sensíveis relacionadas, dados, dados pessoais, materiais, informações, documentos, especificações técnicas ou comerciais, inovações e aperfeiçoamento tecnológico ou comerciais da outra parte ou de seus clientes, inclusive quaisquer programas, rotinas ou arquivos a que eventualmente tenha ciência ou acesso, ou que lhe venha a ser confiado, em razão da contratação deste seguro;

b) não usar, comercializar ou reproduzir as informações e documentos acima referidos ou deixar que estes cheguem ao conhecimento de terceiros;

c) responder perante a outra parte e terceiros prejudicados, civil e criminalmente, por si, seus profissionais, contratados e/ou prepostos, pela eventual quebra de sigilo das informações que tenha acesso ou ciência, direta ou indiretamente, em virtude da contratação deste seguro; e

d) não fazer qualquer menção ao nome da outra parte para fins de publicidade própria, bem como a não divulgar os termos destas condições gerais sem prévia e expressa autorização da outra parte.

29. Privacidade e proteção de dados

29.1. O estipulante e a Prudential do Brasil declaram que cumprem toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive (sempre e quando aplicáveis) a Constituição Federal, o Código de Defesa do Consumidor, o Código Civil, o Marco Civil da Internet (Lei Federal nº 12.965/2014), seu decreto regulamentador (Decreto nº8.771/2016), a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018), e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema, comprometendo-se a tratarem os dados pessoais coletados e tratados em decorrência da contratação do seguro previsto nesta proposta, somente para a viabilizar e executar o contrato de seguro, nos estritos limites e finalidades aqui previstos, e nos termos da legislação aplicável.

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

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

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

31. Disposições finais

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

31.2. Os prazos prescricionais são os determinados em lei.

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

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

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

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

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

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

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

32. Glossário de termos técnicos

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

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

i. incluem-se nesse conceito:

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

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

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

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

ii. excluem-se desse conceito:

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

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

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

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

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

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

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

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

ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO: aquele que, por sua natureza ou pelas circunstâncias em que é praticado, expõe o segurado a risco relevante e desnecessário à sua integridade física, conforme avaliação técnica e jurisprudencial predominante.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONECTIVIDADE COM A VIDA:capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

CONSIGNANTE: pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade seguradora, correspondentes aos prêmios devidos pelos segurados.

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

CONTRATO COLETIVO DE SEGURO: instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixa os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários. Pelo contrato de seguro, a seguradora obriga-se, mediante o pagamento do prêmio equivalente, a garantir interesse legítimo do segurado ou do beneficiário contra riscos predeterminados.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ESTIPULANTE: Considera-se estipulante de seguro coletivo aquele que contrata em proveito de um grupo de pessoas, pactuando com a seguradora os termos do contrato para a adesão de eventuais interessados. Admite-se como estipulante de seguro coletivo apenas aquele que tiver vínculo anterior e não securitário com o grupo de pessoas em proveito do qual contratar o seguro.

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

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

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

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

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

HÍGIDO: saudável.

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

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

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

INTEGRIDADE FÍSICA - refere-se à condição física plena do segurado, cuja perda, total ou parcial podendo ocorrer por motivo de invalidez decorrente de doença ou acidente.

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

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

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

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

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

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

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

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

PROPONENTE: interessado em contratar a cobertura (ou coberturas) ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva, e fornecer as informações necessárias à aceitação da proposta e à fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio, de acordo com o questionário que lhe submeter a seguradora.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Condições Especiais

CONDIÇÕES ESPECIAIS

Condições especiais da cobertura
MORTE (M)

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

1. Definições

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

2. Cobertura

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

3. Riscos excluídos

3.1. Estão excluídos desta cobertura os eventos decorrentes das exclusões previstas no item 4, “Riscos excluídos” das condições gerais, bem como suas consequências diretas ou indiretas.

4. Âmbito territorial da cobertura

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

5. Capital segurado

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

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

6. Carência

6.1. Em caso de morte por causas naturais, poderá ser estabelecido contratualmente uma carência de até 180 (cento e oitenta) dias, contados do início de vigência desta cobertura e estará discriminada na apólice, proposta de contratação, proposta de adesão e certificado individual. Caso o vínculo do segurado com o estipulante tenha se iniciado após a data do início de vigência desta cobertura, a carência é contada a partir da data de admissão do segurado, desde que cumpridos os requisitos para inclusão de segurados no grupo segurado, previstos no item 10 das condições gerais.

7. Cessação da cobertura

7.1. Para esta cobertura, aplica-se o disposto nos itens 19.1 “Cancelamento da apólice” e 19.2, “Cancelamento do certificado individual de seguro e cessação de cobertura”.

8. Solicitação de indenização

8.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo beneficiário ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 8.3, destas condições especiais.

8.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 8.3, observado o item 20, “Procedimento em caso de sinistro”, das condições gerais e demais disposições do seguro.

8.3. A seguradora ou regulador de sinistro poderão solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los, e quando solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

a) cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;

b) cópia autenticada da certidão de óbito;

c) relatório médico ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado;

d) formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário;

e) cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada; (quando aplicável).

f) Cópia do Inquérito Policial (atualizado).

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

9. Beneficiários

9.1. Os beneficiários estão em conformidade com o item 5, “Cláusula beneficiária”, das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

10. Disposições gerais

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

Condições especiais da cobertura
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

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

1. Definições

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

2. Coberturas

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

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

Invalidez permanente	Evento	**%sobre a importância segurada**
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Parcial–diversos	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
Parcial – diversos	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Parcial – membros superiores	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9

	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar	Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo
Parcial – membros inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um dos quadris	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo	Indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	de 4 (quatro) centímetros	10
	de 3 (três) centímetros	6
	Menos de 3 (três) centímetros	Sem indenização

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

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

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

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

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

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

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

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente que deve ser comprovada na forma prevista nas condições contratuais.

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

Em caso de divergências sobre a causa, a natureza ou a extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a seguradora deverá propor a constituição de junta médica, nos termos do item 22, “Junta médica”, das condições gerais da apólice.

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

3. Riscos excluídos

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

a) doenças profissionais, como doença ortopédica relacionada ao trabalho (DORT), lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC) ou de lesão por esforço repetitivo (LER), quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível;

b) a perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente;

c) estão excluídas da cobertura as doenças ocupacionais ou degenerativas, como lesão por esforço repetitivo (LER), doença osteomuscular relacionada ao trabalho (DORT) ou lesão por trauma continuado ou contínuo (LTC), por não caracterizarem acidente pessoal, definido como evento súbito, involuntário, externo e violento. Esta exclusão não se aplica a acidentes súbitos ocorridos no exercício do trabalho;

d) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como ‘invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de acidente pessoal, definido nestas condições contratuais;

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

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

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

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

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

4. Âmbito territorial da cobertura

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

5. Capital segurado

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

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

6. Cessação da cobertura

6.1. Além das hipóteses previstas nos itens 19.1, “Cancelamento da apólice”, e 19.2, “Cancelamento do certificado

individual de seguro e cessação de cobertura", das condições gerais, a cobertura do risco a que se referem estas condições cessa ainda, com o cancelamento da apólice, exceto para o segurado que tenha se acidentado no decurso de sua vigência e venha a ficar permanentemente inválido, como consequência direta do acidente coberto, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta cobertura.

7. Solicitação de indenização

7.1. Para solicitação da indenização, a seguradora deverá ser acionada pelo estipulante ou pelo segurado ou por seu representante legal, por meio de formulário apropriado fornecido pela seguradora, acompanhado pelos documentos previstos no item 20.4 das condições gerais e no item 7.3 destas condições especiais.

7.2. O pagamento de qualquer indenização decorrente da presente cobertura será efetuado em até 30 (trinta) dias contados da data de entrega de todos os documentos solicitados conforme item 7.3 a seguir e observada a cláusula 20, "Procedimento em caso de sinistro", das condições gerais e demais disposições do seguro.

7.3. A seguradora ou regulador de sinistro poderão solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los e, quando solicitados, deverão ser encaminhados à seguradora, que poderá solicitar fotocópia autenticada:

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

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

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

d) Exames de imagem e os respectivos laudos dos exames que comprovem a lesão. Obs.: Deverão ser encaminhados os exames que contenham fotos ou imagens em arquivos no formato pdf ou jpeg. Não abrimos links e ou arquivos armazenados em "nuvens";

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

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

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

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

i) cópia dos 3 (três) últimos holerites e, nos casos em que isso não se aplique, a cópia do pró-labore ou outro documento hábil que comprove o salário; (quando aplicável)

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

k) Cópia do Inquérito Policial (atualizado);

l) Cópia do ASO - Atestado de Saúde Ocupacional relacionado ao acidente;

m) Cópia do Comunicado do INSS informando até que data foi reconhecido o direito previdenciário;

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

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

8. Reintegração de cobertura

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

9. Beneficiários

9.1. Para efeito desta cobertura, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de impossibilidade de o beneficiário fazê-lo. Na eventualidade de falecimento do segurado antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será realizado em conformidade com a cláusula beneficiária, item 5.1, “Beneficiários em caso de morte”, das condições gerais do seguro de pessoas coletivo.

10. Disposições gerais

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