CONDIÇÕES GERAIS

VIDA EM GRUPO

VIDA EM GRUPO (ESTIPULANTE)

Processo SUSEP Nº: 15414.611767/2023-79

Versão 08/2025 - Grupo/Ramo: 0993, 0982, 0929 e 0984

BNP PARIBAS CARDIF

A seguradora para um mundo em mudança

BEM-VINDO(A)

Olá,

Que alegria ter você como nosso cliente!

Antes de tudo: **parabéns por sua iniciativa em contratar o seguro Vida em Grupo**. Isso é ser parte da construção de um futuro melhor, para você e para as próximas gerações, afinal, o seguro é um investimento; a garantia de proteção em momentos adversos. **E obrigada por ter escolhido a BNP Paribas Cardif para proporcionar esta segurança!**

Neste documento, você encontra todas as regras de contratação e utilização do produto. Por isso, a leitura é essencial.

Em caso de dúvidas em relação ao seguro contratado, fale conosco clicando **aqui** ou acesse https://bnpparibascardif.com.br/, clique em "Fale Conosco" no menu inicial, depois em "Envie um e-mail" e preencha o formulário com a sua mensagem.

ÍNDICE

1. OBJETIVO 4
2. DEFINIÇÕES 4
3. COBERTURAS 6
4. BENEFICIÁRIO 12
5. RISCOS EXCLUÍDOS 13
6. CARÊNCIA E FRANQUIA ..... 14~~15~~
7. CAPITAL SEGURADO 15
8. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 16
9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO 16
10. REENQUADRAMENTO ETÁRIO 16
11. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS ..... 16~~17~~
12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO 17
13. CERTIFICADO INDIVIDUAL 18
14. CUSTEIO DO SEGURO 18
15. PRÊMIO DE SEGURO 18
16. PAGAMENTO DO PRÊMIO 18
17. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO 19
18. SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO 19
19. RESCISÃO CONTRATUAL 19
20. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO 19
21. PAGAMENTO DE SINISTROS 20
22. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES 21
23. PERDA DE DIREITOS 21
24. PRAZO DE PRESCRIÇÃO 22
25. DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO 22
26. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS 22
27. ÂMBITO GEOGRÁFICO 22
28. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO 22
29. SUB-ROGAÇÃO 22
30. FORO 22
31. DISPOSIÇÕES GERAIS ..... 22~~23~~

1. OBJETIVO

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Segurado ou a seus Beneficiários, na ocorrência de um evento previsto e coberto pelo seguro, nos termos das condições gerais, especiais e contrato de seguro, desde que observadas as restrições, tanto contratuais quanto legais, e ainda, o limite do capital segurado.

2. DEFINIÇÕES

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

2.2. Acidente Vascular Cerebral – AVC é obstrução aguda da circulação sanguínea cardiovascular causada por hemorragia subaracnóidea, hemorragia intracerebral e infarto cerebral resultando em dano neurológico permanente (distúrbio de fala, perda de atividades, paralisia). O diagnóstico de acidente vascular cerebral deve ser feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro ou ressonância magnética, ou exame de fluido cerebrospinal.

2.3. Agravação de Risco: a ação ou omissão praticada pelo Segurado, com ou sem intenção, que aumente a chance de ocorrência de sinistro.

2.4. Apólice é o documento emitido pela Seguradora efetivando a celebração do contrato do seguro coletivo

2.5. Beneficiário é (são) a(s) pessoa(s) física(s) ou jurídica(s) designada(s) para receber os valores dos capitais segurados na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.6. Câncer é a doença que se manifesta pela presença de um tumor maligno caracterizado pelo crescimento e multiplicação descontrolados de células malignas, e invasão de tecidos. O diagnóstico deve ser confirmado por exame histológico conclusivo. A doença também inclui as leucemias e as doenças malignas do sistema linfático, como a Doença de Hodgkin.

2.7. Capital Segurado é o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

2.8. Carência é um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir do início de vigência de um seguro, e fim determinado em Contrato de Seguro, em que as garantias contratadas não terão cobertura.

2.9. Certificado Individual é Documento entregue a cada segurado, contendo em linguagem clara e objetiva os elementos necessários para a correta utilização do seguro.

2.10. Condições Gerais é o conjunto de cláusulas contratuais que regem um mesmo plano de seguro e que estabelecem direitos e obrigações da Seguradora, do segurado e beneficiário(s) deste seguro.

2.11. Companheiro (a) é aquele (a) que vive em união estável com o segurado principal.

2.12. Contrato é o conjunto de cláusulas estabelecidas nos diferentes contratos na comercialização deste seguro

2.13. Declaração Pessoal de Saúde e Atividade é o documento formal integrante da Proposta de Adesão em que o proponente ou segurado presta informações sobre as suas condições de saúde na data de contratação do seguro.

2.14. Doença é o processo mórbido, definido, tendo um conjunto característico de sintomas

e sinais que leva o indivíduo a tratamento médico.

2.15. Doença Preexistente é toda debilidade, congênita, adquirida, que comprometa a função orgânica, ou motora ou coloque em risco a saúde do segurado, direta ou indiretamente por suas consequências, existentes anteriormente à contratação do seguro, da qual ele tenha conhecimento, e que não seja informada no momento da contratação, de acordo com o declarado na proposta de adesão.

2.16. Estipulante é a pessoa jurídica que contrata o seguro, ficando investido de poderes de representação dos segurados perante a Seguradora.

2.17. Evento Coberto ou Risco Coberto é o acontecimento futuro e incerto, de natureza súbita e involuntária, descrito e coberto nas garantias, desde que ocorrido durante a vigência do seguro.

2.18. Franquia é um período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, com início a partir da data da ocorrência do sinistro, e fim determinado em Contrato, no qual o segurado é responsável pelo compromisso financeiro coberto pelo seguro que se vencer durante o período da franquia.

2.19. Grupo Segurável é o grupo formado pelos clientes vinculados ao Estipulante, desde que estejam em perfeitas condições de saúde, em plena atividade e atendam às condições de aceitação definidas na apólice.

2.20. Grupo Segurado é o conjunto de clientes efetivamente aceitos no seguro, pertencentes ao grupo segurável, cuja cobertura esteja em vigor.

2.21. Indenização é o valor que a Seguradora efetivamente paga ao segurado ou a seu(s) beneficiário(s) em decorrência de um evento coberto por este seguro, limitado ao valor do capital segurado da respectiva cobertura contratada.

2.22. Infarto Agudo do Miocárdio é a morte do músculo cardíaco (coração) como resultado de um fluxo sanguíneo insuficiente para a área comprometida. O Infarto deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico especialista e exames de eletrocardiograma e laboratoriais (enzimas específicas). O diagnóstico deve basear-se na ocorrência, concomitante, de:

- Histórico de dores torácicas típicas;
- Alterações recentes e características de Infarto no eletrocardiograma – ECG (Depressão de onda, ondas T,Q);
- Elevação das enzimas cardíacas, troponinas ou outros marcadores de necrose miocárdica (incluindo CK-MB);
- Avaliação de enzimas cardíacas, incluindo CK-MB.

2.23. Insuficiência Renal é a etapa final de doença renal caracterizada pela perda crônica e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

2.24. Início de Vigência é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela Seguradora.

2.25. Prêmio é a importância paga pelo segurado ou pelo Estipulante à Seguradora, com periodicidade prevista no Contrato de Seguro, para obtenção das garantias e coberturas previstas no contrato de seguro.

2.26. Proponente é a pessoa física que propõe a sua adesão ao seguro e que somente passará à condição de segurado após a sua aceitação pela Seguradora.

2.27. Proposta de adesão é o documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente expressa a intenção de aderir à contratação, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

2.28. Reembolso é o valor que a seguradora irá pagar a quem provar que arcou com as

despesas do funeral do segurado e/ou de seu(s) dependente(s), limitado ao capital segurado.

2.29. Riscos Excluídos são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais e/ou Contrato, que não serão cobertos pelo plano de seguro.

2.30. Segurado é o proponente aceito pela Seguradora, cujas coberturas estejam em vigor.

2.31. Seguradora é a Cardif do Brasil Seguros e Previdência S.A., que assume os riscos inerentes às garantias.

2.32. Seguro é uma operação pela qual a Seguradora, mediante ao pagamento do prêmio, se obriga frente ao segurado ao pagamento de uma indenização, observados o disposto nas condições gerais, especiais e o Contrato, caso se produza o evento coberto.

2.33. Sinistro é ocorrência do evento coberto durante o período de vigência do plano de seguro.

2.34. Sub-Estipulante é a pessoa jurídica, legalmente constituída, que adere ao seguro mediante concordância com os termos estabelecidos nas condições gerais, especiais e particulares da apólice, assumindo, solidariamente com o Estipulante, responsabilidades e obrigações decorrentes da contratação e manutenção do seguro.

3. COBERTURAS

As coberturas se dividem em básica, adicional e suplementar.

BÁSICA:

- Morte.

ADICIONAIS:

- Morte acidental;
- Auxilio funeral;
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;
- Doenças Graves (Diagnóstico de Câncer, AVC, Infarto Agudo Do Miocárdio, Transplantes De Órgãos e Insuficiência Renal)

SUPLEMENTARES:

- Inclusão Automática ou Facultativa de Cônjuge;
- Inclusão Automática ou Facultativa de Filhos.

3.1. MORTE

3.1.1. Objetivo: Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte natural ou acidental do segurado, sendo o valor máximo indenizável definido no Certificado Individual.

3.1.2. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Morte todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

3.2. AUXÍLIO FUNERAL

3.2.1. Objetivo: Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização na forma de reembolso das despesas referentes aos gastos com o funeral do segurado limitado ao valor do capital segurado contratado, quando ocorrer a morte natural ou acidental do segurado.

3.2.1.1. Para efeito de reembolso consideram-se as despesas ou a prestação de um ou mais dentre os seguintes serviços:

I. Transporte do corpo até o município da residência, caso o falecimento tenha se dado em município diverso;

II. Tratamento das formalidades para liberação do corpo;

III. Registro de óbito em cartório;

IV. Atendimento e organização do funeral;

V. Sepultamento;

VI. Cremação;

VII. Locação e aquisição de jazigo; e

VIII. Outros serviços que estejam diretamente relacionados ao funeral.

3.2.2. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Auxílio Funeral todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

3.3. INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL

3.3.1. Objetivo: Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização proporcional ao valor do capital segurado contratado da garantia Básica de Morte, em caso de morte do segurado decorrente exclusivamente de acidente pessoal coberto, sendo o valor máximo indenizável definido no Certificado Individual.

3.3.1.1. O capital segurado para esta garantia não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do capital contratado para a garantia de Morte.

3.3.2. Elegibilidade: São elegíveis para a Indenização Especial por Morte Acidental todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

3.4. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

3.4.1. Objetivo: Garantir ao(s) beneficiário(s) o pagamento de uma indenização correspondente a até 100% (cem por cento) do valor do capital segurado da garantia básica de Morte, em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial do Segurado, causada por acidente pessoal coberto, verificada ao término do tratamento, desde que seja definitivo o caráter da Invalidez, sendo o valor máximo indenizável definido no Certificado Individual.

3.4.1.1. Como Invalidez Permanente entende-se a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão do corpo do segurado.

3.4.2. Para fins deste seguro, a Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será caracterizada conforme a tabela:

INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100%
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	
	Perda total do uso de ambas as mãos	
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	
	Perda total do uso de ambos os pés	
	Alienação mental total e incurável	
	Nefrectomia bilateral	
PARCIAL (DIVERSAS)	Perda total da visão de em olho	30
	Perda total da visão de um olho quando o segurado já não tiver a outra vista 70	70
	Surdez total e incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total e incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos radio-ulnais	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	09
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos e um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a 1/3 (um terço) do valor do respectivo dedo.	
PARCIAL (MEMBROS INFERIORE)	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés (perda de todos os dedos e uma parte do mesmo pé)	25
	Amputação do primeiro dedo - polegar	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do primeiro dedo:	---
	Indenização equivalente a ½ (metade), e dos demais dedos, equivalente a 1/3 (um terço) 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	06
	• menos de 3 (três) centímetros	Sem Indenização
PERDA DO USO DE MEMBROS PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICAS		
A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.		
MANDÍBULA	**Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:**	
	Em grau mínimo	10
	Em grau médio	20
	Em grau máximo	30
NARIZ	Perda total do nariz	25
	Perda total do olfato	07
	Perda do olfato com alterações gustativas	10
APARELHO VISUAL	**Lesões das Vias Lacrimais:**	
	Unilateral	07
	Unilateral com fístulas	15
	Bilateral	14
	Bilateral com fístulas	25
	Lesões da pálpebra, órbita, córnea, esclera e íris	
	Ectrópio unilateral	03
	Ectrópio bilateral	06
	Entrópio unilateral	07
	Entrópio bilateral	14
	Má oclusão palpebral unilateral	03
	Má oclusão palpebral bilateral	06
	Ptose palpebral unilateral	05
	Ptose palpebral bilateral	10
SISTEMA AUDITIVO	Perda de substância (palato mole e duro)	15
	Amputação total da língua	50
	Parcial - menos de 50% (cinquenta por cento)	15
	- mais de 50% (cinquenta por cento)	30
	Perda total de uma orelha	08
	Perda total das duas orelhas	16
ANQUILOSES	Para as posições viciosas, acrescentar as porcentagens previstas 25 (vinte e cinco), 50 (cinquenta) ou 75% (setenta e cinco por cento) de seu valor, conforme a posição desfavorável observada, ou seja, em grau mínimo, médio ou máximo, respectivamente.	
PERDA DA FORÇA OU DA CAPACIDADE FUNCIONAL DOS MEMBROS	A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela.	
APARELHO URINÁRIO	Retenção Crônica de Urina (Sondagens Obrigatórias)	15
	Cistostomia (definitiva)	30
	Incontinência Urinária Permanente	30
	Perda de um rim:	
	Função renal preservada	15
	Redução em grau mínimo da função renal	25
	Redução em grau médio da função renal	50
	Insuficiência renal	75
APARELHO GENITAL E REPRODUTOR	Perda de um testículo	05
	Perda de dois testículos	15
	Amputação traumática do pênis	40
	Perda de um Ovário	05
	Perda de dois Ovários	15
	Perda do útero antes da menopausa	30
	Perda do útero depois da menopausa	10
PAREDE ABDOMINAL	Hérnia traumática	10
	No caso de cura cirúrgica da hérnia traumática	sem indenização
SINDROMES PSIQUIÁTRICAS	Síndrome pós-concussional	10
	Transtorno neurótico (estresse pós-traumático)	02
PESCOÇO	Estenose da faringe com obstáculo a deglutição	15
	Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15

	Paralisia de uma corda vocal	10
	Paralisia de duas cordas vocais	30
	Traqueostomia definitiva	40
TORAX	**APARELHO RESPIRATÓRIO**	
	Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total):	
	Função respiratória preservada	15
	Redução em grau mínimo da função respiratória	25
	Redução em grau médio da função respiratória	50
	Insuficiência respiratória	75
	MAMAS	
	Mastectomia unilateral	10
	Mastectomia bilateral	20
	ABDOME (ÓRGÃOS E VÍSCERAS)	
	Gastrectomia parcial	10
	Gastrectomia subtotal	20
	Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	Ressecção parcial sem repercussão funcional	10
	Ressecção parcial com repercussão funcional em grau mínimo	20
	Ressecção parcial com repercussão funcional em grau médio	45
	Ressecção parcial ou total com repercussão funcional em grau máximo	70
	INTESTINO GROSSO	
	Colectomia parcial sem transtorno funcional	05
	Colectomia parcial com transtorno funcional em grau mínimo	10
	Colectomia parcial com transtorno funcional em grau médio	35
	Colectomia total	60
	Colostomia definitiva	50
	RETO E ÂNUS	
	Incontinência fecal sem prolapso	30
	Incontinência fecal com prolapso	50
	Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Extirpação da vesícula biliar	7

3.4.2.1. 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.

3.4.2.2. Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, sendo constatada e avaliada em caráter definitivo a invalidez permanente quando da alta médica definitiva.

3.4.2.3. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista na tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação exata do grau de redução funcional apresentado, e sendo o referido grau classificado apenas como máximo, médio ou mínimo, a indenização será calculada, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

3.4.2.4. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento). Da mesma forma, havendo duas ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das porcentagens correspondentes não pode exceder à da indenização prevista para sua perda total.

3.4.2.5. Para efeito de indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

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

3.4.2.7. A Invalidez Permanente será avaliada e declarada pela assessoria médica da Seguradora, devendo o Segurado apresentar todos os exames realizados que comprovem a Invalidez Permanente causada por acidente.

3.4.2.8. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-

privadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente.

3.4.2.9. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao segurado, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora. O prazo para a constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo segurado.

3.4.2.10. Não restando comprovada a Invalidez Permanente Total por Acidente, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Contrato de Seguro, sem qualquer devolução de prêmios.

3.4.3. Elegibilidade: São elegíveis para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente todas as pessoas físicas, que possuam vínculo com o Estipulante, com idade mínima de 18 (dezoito) anos e máxima de 70 (setenta) anos completos na data da contratação do seguro, e que se encontrem em plena atividade profissional e em perfeitas condições de saúde na data da respectiva contratação do seguro.

3.5. DOENÇAS GRAVES

3.5.1. DIAGNÓSTICO DE CÂNCER

Tem como objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado em decorrência de diagnóstico definitivo de doenças neoplásicas. O evento deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico oncologista, juntamente com os exames complementares utilizados na confirmação do diagnóstico. A cobertura seguirá as diretrizes previstas nas condições especiais.

Para fins de indenização de sinistro de Doenças Graves - Diagnóstico de Câncer, será considerada como data do sinistro a data da constatação da doença.

3.5.2. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)

Tem como objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado em decorrência de diagnóstico definitivo das isquemias ou hemorragias cranianas com duração superior a 24 (vinte e quatro) horas e desde que ocorram sequelas neurológicas. O evento deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico neurologista, juntamente com os exames complementares utilizados na confirmação do diagnóstico. A cobertura seguirá as diretrizes previstas nas condições especiais.

O diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral deve ser feito por meio de tomografia computadorizada do cérebro, ressonância magnética, ou exame de líquor.

Para fins de indenização de sinistro de Doenças Graves - Acidente Vascular Cerebral (AVC) será considerada como data do sinistro a data da constatação da doença.

3.5.3. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO

Tem como objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado em decorrência de diagnóstico de infarto agudo do miocárdio que necessite de Revascularização do Miocárdio. O evento deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico cardiologista, juntamente com os exames complementares utilizados na confirmação do diagnóstico.

Para fins de indenização de sinistro de Doenças Graves – Infarto Agudo do Miocárdio, será considerada como data do sinistro a data da constatação da doença.

3.5.4. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS

Tem como objetivo garantir o pagamento de uma indenização em decorrência de um transplante de Órgãos. O evento deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico na

especialidade da patologia, juntamente com os exames complementares utilizados na confirmação do diagnóstico.

Transplante de Órgãos: Estão cobertos os Segurados que necessitarem de transplante total, também chamado de Transplante Alogênico, que participará como receptor de um dos seguintes órgãos humanos:

- Coração;
- Fígado;
- Pulmão;
- Pâncreas;
- Medula Óssea.

Consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez, em decorrência de transplantes de órgãos vitais.

Para fins de indenização de sinistro de Doenças Graves – Transplantes de Órgãos Vitais, tomar-se-á como data do sinistro a data da constatação da doença.

3.5.5. INSUFICIÊNCIA RENAL

Tem como objetivo garantir o pagamento de uma indenização em decorrência de uma Insuficiência Renal. O evento deverá ser comprovado através de laudo emitido por médico habilitado em nefrologia, juntamente com os exames complementares utilizados na confirmação do diagnóstico.

Consiste no pagamento do capital segurado, de uma única vez, em decorrência de insuficiência renal.

Para fins de indenização de sinistro de Doenças Graves – Insuficiência Renal, tomar-se-á como data do sinistro a data da constatação da doença.

3.6. SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA OU FACULTATIVA DE CÔNJUGE

3.6.1. Tem como objetivo garantir ao segurado titular o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte de seu cônjuge, quando ocorrer dentro do período de cobertura, sendo o valor máximo indenizável o que consta no Certificado Individual.

3.6.2. Poderão ser contratadas as coberturas de Morte, Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente para o cônjuge do segurado titular.

3.6.3. Para a cobertura de Invalidez permanente total ou parcial por acidente do cônjuge do segurado titular, o beneficiário é o próprio segurado titular.

3.6.4. A cláusula suplementar de inclusão de cônjuge define a inclusão, no seguro, dos cônjuges dos segurados titulares, que pode ser feita das seguintes formas:

a) Automática: quando abranger os cônjuges de todos os segurados titulares;
b) Facultativa: quando abranger os cônjuges dos segurados titulares que assim o autorizarem.

3.7. A(O) companheira(o) equipara-se ao cônjuge quando presentes os requisitos do artigo 1.723, do Código Civil Brasileiro, e seus parágrafos.

3.7.1.1. Não podem participar desta cláusula os cônjuges e companheiros(as) que façam parte do grupo de segurados titulares.

3.7.2. O capital segurado do cônjuge não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado titular, observando-se que o critério para fixação do capital segurado deve ser estabelecido e definido no Certificado Individual.

3.7.3. A garantia dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

3.7.3.1. Na data do início do risco individual do segurado titular, desde que solicitada a inclusão de seu cônjuge simultaneamente, mediante análise e aceitação pela Seguradora;

3.7.3.2. Quando o cônjuge não for incluído simultaneamente com o segurado titular, o início de vigência individual do seguro do cônjuge será a partir da vigência correspondente à solicitação expressa do segurado titular.

3.8. Somente serão aceitos os Cônjuges que se encontrarem em boas condições de saúde;

3.9. A Declaração Pessoal de Saúde e Atividade será feita pelo Segurado Principal, mediante o preenchimento da Proposta de Adesão.

3.10. SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA OU FACULTATIVA DE FILHOS

3.10.1. Tem como objetivo garantir ao segurado titular o pagamento de uma indenização correspondente ao valor do capital segurado contratado, em caso de morte de algum dos seus filhos dependentes, de acordo com o regulamento do Imposto de Renda, quando ocorrer dentro do período de cobertura, sendo o valor máximo indenizável definido no Certificado Individual.

3.10.2. Para fins deste seguro, poderão ser incluídos, na qualidade de segurados dependentes, os filhos dos segurados titulares, desde que contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão Automática ou Facultativa de Cônjuge, e pode ser feita das seguintes formas:

a) Automática: quando abranger os filhos de todos os segurados titulares e/ou dos cônjuges segurados; e
b) Facultativa: quando abranger os filhos dos segurados titulares e/ou dos cônjuges segurados que assim o autorizarem.

3.10.3. Equiparam-se aos filhos os enteados e os menores, considerados dependentes econômicos do segurado titular.

3.10.3.1. Não podem participar desta cláusula os filhos que façam parte do grupo de segurados titulares.

3.10.4. Quando ambos os cônjuges forem segurados do grupo segurado, os filhos podem ser incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo ele denominado segurado titular para efeito desta cláusula.

3.10.5. O capital segurado da garantia suplementar de Inclusão de Filhos não pode ser superior a 100% (cem por cento) do capital segurado do respectivo segurado titular, observando-se que o critério para fixação do capital segurado deve ser estabelecido e definido no Certificado Individual

3.10.5.1. Para os filhos menores de 14 (quatorze) anos, a indenização tem caráter de reembolso das despesas comprovadas com o funeral, limitado ao percentual de participação constante no Contrato do seguro.Para os filhos com idade superior a 14 (quatorze) anos, a indenização será integral, de acordo com o percentual de participação constante no Contrato do Seguro

3.10.6. A garantia dos riscos individuais previstos nesta cláusula começará a vigorar:

3.10.6.1. Na data do início da garantia do risco individual do segurado titular;

3.10.6.2. Na data da inclusão da cláusula na apólice, se ela for incluída após o início de vigência da apólice.

3.10.7. Na hipótese do plano de seguro conjugar mais de uma cobertura, estas não poderão ser contratadas isoladamente.

3.10.8. O plano de seguro sempre deverá abranger pelo menos a Cobertura Básica de Morte.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. Para as coberturas de Morte e Morte Acidental, o Segurado deverá indicar na Proposta de Adesão, pessoa(s) perfeitamente identificável(is), a favor da(s) qual(is) será pago o Capital Segurado, na eventualidade da ocorrência de evento coberto.

4.2. A qualquer tempo, o Segurado poderá alterar o(s) Beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolizada na Seguradora.

4.3. Não sendo instituído o Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer(em) o que for designado(s), o Capital Segurado será pago aqueles indicados por lei.

4.4. Para fins deste seguro, o companheiro(a) é equiparado ao cônjuge para todos os fins e efeitos de direito.

4.5. Na falta das pessoas indicadas no item anterior, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à sua subsistência.

4.6. Para as Coberturas de Auxilio Funeral, o(s) beneficiário(s) deste seguro será aquele(s) que comprovar que realizou o pagamento das despesas com o funeral do segurado e/ou de seu(s) dependente (s).

4.7. Para as coberturas de Doenças Graves e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente o Beneficiário será o próprio segurado ou seus representantes legais.

5. RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. Estão expressamente excluídos de todas as coberturas presentes nessas Condições Gerais os eventos ocorridos em consequência direta ou indireta de:

a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa, ou da exposição a radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridos em testes, experiências ou no transporte de armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas com quaisquer finalidades;

b) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, atos de terrorismo ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar ou de atos humanitários em auxílio de outrem;

c) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, excluída desta hipótese a prática de esportes, a utilização de meio de transporte mais arriscado e atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme artigo 762 do código civil;

e) atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos Beneficiários e pelos respectivos representantes, no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas;

f) furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

g) lesão intencionalmente auto infligida;

h) suicídio ou sua tentativa, nos dois primeiros anos de vigência inicial do Contrato, ou de sua recondução depois de suspenso, conforme artigo 798 do código civil;

i) condução de qualquer tipo de veículo sem a devida habilitação pelo Segurado ou em não conformidade com a legislação vigente;

j) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, tendinite, sinovite ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências póstratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;

k) Acidentes, doenças ou lesões, bem como suas consequências, preexistentes a adesão do Segurado no presente seguro ou da alteração do capital segurado contratado originalmente, entendendo-se como tais àquelas de conhecimento do Segurado e não declaradas na proposta adesão;

l) epidemias e pandemias, reconhecidas pelo poder público, excetuada sua ocorrência como resultado direto de Acidente Pessoal e observadas as coberturas contratadas, conforme definido nestas Condições Gerais estão também expressamente excluídos da garantia deste seguro os eventos ocorridos em consequência de:

5.2. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1, estarão excluídos da cobertura de Auxílio Funeral os eventos ocorridos em consequência de:

a) Reembolso por serviços de qualquer espécie, realizados por prestadores que não sejam legalmente habilitados.

b) Busca ao corpo do Segurado falecido, realização de provas, bem como as

formalidades legais e burocráticas, no caso do Segurado haver desaparecido em acidente, qualquer que seja a sua natureza, implicando em morte presumida.

5.3. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1, estarão excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente os eventos ocorridos em consequência de:

a) Qualquer tipo de hérnia, e suas consequências, salvo se decorrente de Acidente Pessoal coberto;
b) Procedimentos ou de problemas durante o parto ou abortamento, salvo se ocorrer um Acidente Pessoal Coberto, que venha a causar o parto ou o abortamento.
c) O choque anafilático, e suas consequências, salvo se decorrente de Acidente Pessoal coberto;
d) As intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos médicos, clínicos e/ou cirúrgicos, salvo se decorrente de Acidente Pessoal coberto.

5.4. Além dos riscos mencionados no subitem 5.1, estarão excluídos da cobertura de Doenças Graves os eventos ocorridos em consequência de:

a) Câncer de pele, exceto o melanoma maligno com grau de invasão igual ou superior a 1,5mm segundo a classificação de Breslow;
b) Sarcoma de Kaposi e outros tumores relativos à AIDS;
c) Leucemia crônica;
d) Câncer que, através de exame histológico, tenha classificação igual a T1;
e) Carcinoma não invasivo, também chamado de carcinoma "in situ" e qualquer grau de Neoplasia intra-epitelial Cervical – NIC;
f) Tumores ou lesões descritas como pré-malignas;
g) Câncer de próstata (exceto aqueles de grau superior a T2N0M0 pela classificação TNM);
h) Qualquer tipo de câncer diagnosticado antes do início de vigência do seguro ou antes, do fim do período de carência.
i) Ataques Isquêmicos Transitórios – AIT;
j) Qualquer outra alteração neurológica, que não a paralisia irreversível, resultante de Acidente Vascular;
k) Injúria cerebral resultante de hipóxia ou trauma;
l) Hemorragia cerebral causada por acidente;
m) Hemorragia cerebral causada por tumores;
n) Hemorragia cerebral causada por cirurgias no cérebro;
o) Obstrução de artéria oftálmica resultando em dano neurológico;
p) Sintomas neurológicos causados por enxaquecas;
q) Transplantes dos demais órgãos não listados;
r) Transplante de tecido;
s) Transplante de células tronco;
t) Transplante de células-beta do pâncreas;
u) Autotransplante;
v) Quaisquer transplantes de apenas uma parte do órgão, quando o segurado (receptor) não apresente insuficiência plena do referido órgão;
w) Colocação coração artificial, ainda que colocado temporariamente, visando se a colocação de coração humano no futuro;
x) Transplante de quaisquer órgãos não humanos;
y) Toda e qualquer insuficiência renal que não esteja em tratamento com diálise ou hemodiálise;
z) Os infartos do miocárdio antigos demonstrados no eletrocardiograma – ECG, toda a angina do peito, incluindo angina estável e instável e angina decúbito;
aa) Infarto do miocárdio sem elevação do segmento ST no ECG com elevação da troponina "I" ou "T"; e
bb) Outras síndromes coronarianas agudas.

6. CARÊNCIA E FRANQUIA

6.1. A Carência e a franquia, quando aplicável, serão determinadas no Certificado de Seguro.
6.2. Não haverá prazo de Carência para Sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, hipótese em que será aplicável Carência de dois anos

ininterruptos, contados da data de adesão ao seguro.

6.2.1. Igualmente, não haverá direito a qualquer Indenização decorrente deste contrato se o Segurado tentar suicídio nos primeiros 02 (dois) anos de Vigência do Certificado de Seguro, ou da sua recondução depois de suspenso, e desta tentativa resultar qualquer tipo de Invalidez.

6.2.2. Em casos de suicídio, devem ser observados os seguintes subitens:

6.2.2.1. De acordo com o artigo 798 do Código Civil (Lei nº 10.406, de 10.01.2002), o Beneficiário não terá direito ao Capital Segurado Vinculado quando o Segurado cometer suicídio nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Certificado de Seguro, ou da sua recondução depois de suspenso. Ou seja, no caso de suspensão da Vigência do seguro e posterior recondução, o prazo de 02 (dois) anos começa a ser contado novamente.

6.3. A Carência será contada a partir do início de vigência do Certificado de Seguro. Não haverá prorrogação de Vigência resultante da aplicação da Carência.

6.4. A critério da Seguradora, a Carência poderá ser reduzida ou substituída por declaração pessoal de saúde ou de atividade e/ou exame médico.

6.5. Caso o grupo Segurado seja transferido para outra Seguradora, não será reiniciada a contagem do prazo de Carência para os Segurados já incluídos no seguro pela Apólice anterior.

6.6. A **franquia** é o valor correspondente a um período de dias corridos, sem interrupção e contados da data da ocorrência do evento coberto, ou seja, **a seguradora não indenizará o valor equivalente a esse período de dias.**

7. CAPITAL SEGURADO

7.1. O capital segurado será estabelecido no Contrato e corresponderá ao valor máximo para cada cobertura contratada, a ser pago ou reembolsado pela Seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

7.2. **Os capitais contratados para o Segurado Dependente, em quaisquer garantias, não podem ser superiores ao capital do Segurado Principal.**

7.3. Quando os capitais segurados não forem comuns para todos os Segurados, a escala será determinada em função de fatores objetivos comprováveis tais como: salário, função, estado civil, número de dependentes, ou outros a determinar.

7.4. Nos seguros em que o Segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte desta seguradora do valor do Capital Segurado contratado, sem a devida solicitação expressa do Segurado.

7.5. Para efeito do cálculo da Indenização, a data de evento quando da liquidação do sinistro será:

a) Morte

Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do óbito do Segurado.

b) Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento a data do Acidente que provocou a morte acidental ou a invalidez permanente total ou parcial por acidente do Segurado.

c) Doenças Graves (Diagnóstico de Câncer, AVC, Infarto Agudo Do Miocárdio, Transplantes De Órgãos e Insuficiência Renal)

Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação do sinistro, será considerada como data do sinistro a data da constatação da doença.

d) Cobertura Suplementar – Inclusão de Filhos e Inclusão de Cônjuge

Para efeito de determinação do Capital Segurado desta cobertura, na liquidação do sinistro, será considerada como data do evento a data já apresentada nas coberturas de Morte, Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente para a contratação do

segurado principal de acordo com o evento que ocasionou a reclamação do sinistro.

8. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

8.1. Todos os valores constantes dos documentos devem ser expressos em moeda corrente nacional, vedada a utilização de unidade monetária de qualquer outra natureza.

8.2. Ao final de cada ano de vigência da Apólice, para a análise das condições de renovação do seguro, será procedido um recálculo dos Prêmios de modo a incorporar as flutuações de sinistralidade e de idade do Grupo Segurado atualizado à experiência atuarial do seguro;

8.3. Com base no resultado apurado nesse recálculo anual, se houver necessidade de reajuste da(s) taxa(s) praticada(s) para a renovação da Apólice, o(s) novo(s) Prêmio(s) integrará(ão) o Contrato de seguro a partir da renovação do seguro ou o mês seguinte àquele em que se der a comunicação formal ao Estipulante, caso esta ocorra, após a data de início de vigência da renovação do seguro.

8.4. Os capitais segurados e os Prêmios relativos a este Contrato de seguro poderão ser corrigidos anualmente, por ocasião da renovação do Seguro, tomando-se por base a variação positiva acumulada do Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos últimos 12 (doze) meses, imediatamente anteriores ao que antecede o reajuste. Havendo a extinção do índice mencionado, será utilizado aquele que o substitua, estabelecido pelas autoridades competentes.

8.5. O reajuste do Capital Segurado dos aposentados e dos Segurados afastados será feito na mesma proporção do reajuste para os Segurados ativos, desde que o critério de reajuste seja adotado para todos os segurados ativos.

8.6. Nos casos de aumento do Capital Segurado, e sendo contributário o seguro, caberá ao Estipulante solicitá-lo à seguradora, por escrito, desde que possua autorização de no mínimo 3/4 (três quartos) dos Segurados;

8.7. Será admitido mandado outorgado pelo Segurado para que o Estipulante o represente perante a segurada.

8.8. Na hipótese de os capitais segurados serem pagos sob a forma de renda, serão a partir da data de sua concessão, atualizados anualmente, com base no índice pactuado, acrescidos do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda.

8.9. Nos seguros contratados na forma de custeio contributário, se a alteração implicar em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

9. REINTEGRAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

9.1. Não há reintegração para as garantias de Morte, Auxílio Funeral, Invalidez Permanente Total por Acidente e Doenças Graves.

9.2. No caso de Invalidez Parcial, o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

10. REENQUADRAMENTO ETÁRIO

10.1. Anualmente, na data de aniversário da apólice, o valor do prêmio das coberturas de Morte e Auxílio Funeral serão reajustados em função da nova idade do segurado e assim do seu risco, conforme tabela que consta da proposta de seguro.

11. ACEITAÇÃO DE SEGURADOS

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

11.2. Recebida a Proposta pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada aceita, abrangendo todas as garantias, caso a Seguradora sobre ela não se manifeste expressamente ao Proponente, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, explicitando o(s) motivo(s) da recusa.

11.3. A contratação/alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

11.4. A critério da Seguradora, poderá ser exigida a Declaração Pessoal de Saúde (DPS) do proponente, quando da contratação ou da adesão ao seguro.

11.5. Esse prazo de 15 (quinze) dias será suspenso se a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos quando verificar que as informações contidas na proposta são insuficientes para a emissão do Certificado Individual. Tal solicitação será feita apenas uma vez. Neste caso, a contagem do prazo voltará a correr às 24 (vinte e quatro) horas da data em que for protocolada a entrega da documentação solicitada.

11.6. No caso de não-aceitação da proposta de seguro no prazo de 15(quinze) dias, a mesma será comunicada por inscrito ao proponente e ao Estipulante, e o valor pago antecipadamente será restituído integralmente pela Seguradora, por meio de cheque nominativo, no prazo de 10(dez) dias contados da data da formalização da recusa.

11.7. O proponente terá cobertura provisória do seguro entre a data de recebimento da proposta com adiantamento do prêmio e a data da formalização da recusa.

11.8. Em caso de recusa do risco, em que tenha havido cobertura provisória, a restituição será realizada no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, a contar da data de formalização da recusa da proposta, deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura.

11.9. A Seguradora comunicará ao Proponente, por escrito, a aceitação ou não da Proposta de Seguro, especificando o motivo da recusa, quando for o caso. A emissão e o envio da apólice dentro do prazo acima substituem a manifestação expressa de aceitação da proposta pela Seguradora.

11.10. A data de aceitação da proposta será aquela que ocorrer primeiro entre, devendo constar na proposta o critério de aceitação:

I. a data da manifestação expressa pela sociedade seguradora;

II. II - a data de emissão da apólice ou certificado individual com consequente envio e/ou disponibilização do documento contratual; ou

III. III - a data de término do prazo previsto no item 10.2., quando caracterizada a aceitação tácita da proposta.

12. VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO

12.1. Os certificados individuais, aditivos e endossos terão seu início e término de vigência às 24(vinte e quatro) horas das datas para tal fim neles indicadas.

12.2. O 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.

12.3. O prazo de vigência do seguro varia conforme estabelecido no Contrato, podendo ser renovado automaticamente uma única vez, pelo mesmo período, salvo se ocorrer uma das situações previstas nestas Condições Gerais, que trata do cancelamento do seguro, ou se a Seguradora ou o Estipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias, comunicar por escrito o desinteresse pela renovação.

12.3.1. As renovações posteriores deverão ser efetuadas de forma expressa.

12.4. Nos contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura será a mesma data de aceitação da proposta ou com data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes e informado no Contrato.

12.5. Os contratos de seguro cujas propostas tenham sido recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, terão seu início de vigência a

partir da data de recepção da proposta pela seguradora.

13. CERTIFICADO INDIVIDUAL

13.1. No início da vigência do seguro, bem como nas renovações subsequentes, a Seguradora providenciará a emissão dos Certificados Individuais.

14. CUSTEIO DO SEGURO

14.1. O custeio das garantias previstas neste seguro poderá ser contributário, parcialmente contributário ou não contributário, conforme indicado no Contrato.

- Contributário: Quando o Segurado contribui parcial ou totalmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- Parcialmente Contributário: Quando o Segurado contribui parcialmente para o pagamento do(s) prêmio(s).
- Não Contributário: Quando o Estipulante paga integralmente o(s) prêmio(s) do seguro.

15. PRÊMIO DE SEGURO

15.1. O prêmio de seguro será determinado no Certificado Individual.

15.2. Poderá ser feita a reavaliação dos prêmios de seguro a qualquer tempo, conforme critérios definidos no Contrato do Seguro.

15.3. Qualquer alteração da apólice que implique em ônus ou dever para os segurados dependerá da anuência expressa de ¾ dos segurados, de acordo com Código Civil e Resolução CNSP 107/2004.

16. PAGAMENTO DO PRÊMIO

16.1. O prêmio poderá ser pago de forma única, mensal, bimestral, trimestral, semestral, ou anual, de acordo com o estabelecido no Certificado Individual.

16.2. A data limite para pagamento do prêmio será a contida no respectivo documento de cobrança do Seguro.

16.3. Quando a data limite para o pagamento do prêmio coincidir com dia em que não haja expediente bancário, o pagamento do prêmio poderá ser efetuado no 1º (primeiro) dia útil em que houver expediente bancário.

16.4. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento do prêmio houver sido realizado pelo segurado ou Estipulante, o que deve ser feito, no máximo, até a data limite prevista para esse fim no respectivo documento de cobrança.

16.5. Caso o sinistro ocorra dentro do prazo para pagamento do prêmio, o direito à indenização não fica prejudicado se o mesmo for realizado ainda naquele prazo.

16.6. Ocorrendo a falta de pagamento do prêmio a cobertura será automaticamente suspensa, e somente será reabilitada a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data em que o segurado ou o estipulante retomar o pagamento do prêmio. Os sinistros ocorridos no período de cobertura suspensa ficarão sem cobertura, respondendo a Seguradora por todos os sinistros ocorridos exclusivamente a partir da data da reabilitação.

16.7. No caso de seguros com cobrança de prêmio postecipada, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

16.8. Não será cobrada qualquer parcela de prêmio referente ao prazo de suspensão em caso de reabilitação da cobertura do seguro.

16.9. Ocorrendo a reabilitação da cobertura, poderá ser exigido o cumprimento de carências, conforme definido no Certificado Individual.

16.10. O prazo de suspensão por inadimplemento poderá ser de até 90 (noventa) dias. Decorrido este prazo, o seguro ficará automaticamente e de pleno direito cancelado, independente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial, sem que caiba restituição de qualquer parcela do prêmio já paga.

16.11. Entretanto, observado o disposto no item 16.4, nos seguros coletivos de custeio contributário, se o Estipulante deixar de recolher à Seguradora, no prazo devido, os prêmios recolhidos dos segurados, estes não

serão prejudicados no direito à cobertura do seguro, respondendo a Seguradora pelo pagamento das indenizações devidas, ficando o Estipulante sujeito à cominações legais.

16.12. O Estipulante fica terminantemente proibido de recolher dos Segurados, a título de prêmio do seguro, qualquer valor além daquele fixado pela Seguradora. Caso o mesmo receba, juntamente com o prêmio, qualquer quantia que lhe for devida, seja a que título for, fica o Estipulante obrigado a destacar no carnê, ticket, contracheque ou quaisquer outros documentos o valor do prêmio do seguro de cada Segurado.

16.13. Este Seguro está estruturado sob o regime financeiro de Repartição Simples, sendo assim, não está prevista a devolução ou resgate de prêmio ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante de Seguro

17. CESSAÇÃO DA COBERTURA DE CADA SEGURADO

17.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa:

17.1.1. Automaticamente, quando do término do período de vigência do certificado individual, se este não for renovado;

17.1.2. Com o desaparecimento do vínculo entre o segurado e o Estipulante;

17.1.3. Quando o segurado solicitar por escrito à Seguradora sua exclusão da apólice;

17.1.4. Quando o segurado deixar de contribuir com sua parte no prêmio;

17.2. Na hipótese do segurado, seus prepostos ou seus beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou para majorar a indenização, dá-se automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

18. SUSPENSÃO E CANCELAMENTO DO SEGURO

18.1. A suspensão e o respectivo cancelamento do certificado individual se dará sob as determinações do item 16 destas Condições Gerais.

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

19. RESCISÃO CONTRATUAL

19.1. O seguro só poderá ser rescindido mediante acordo entre as partes contratantes com anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

19.2. Ocorrendo a rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

20. PROCEDIMENTO EM CASO DE SINISTRO

20.1. Quando ocorrer um sinistro, o segurado ou um de seus representantes, deverá encaminhar para o endereço da Seguradora ou do Estipulante, um comunicado constando o nome completo do segurado, DDD e telefone para contato, nome(s) da(s) pessoa(s) para contato, cópia simples do Registro Geral (RG), e cópia simples do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), acrescidos dos documentos abaixo relacionados, conforme o evento:

20.1.1. Morte:

a) Certidão de Óbito do segurado;
b) Prontuário hospitalar ou relatório SAME;
c) Resultados de exames comprobatórios da doença;
d) Relatório Médico informando data de atendimento, diagnóstico e evolução da doença.

20.1.2. Morte Acidental

a) Certidão de Óbito do segurado;
b) Boletim de Ocorrência policial (B.O.);

20.1.3. Auxilio Funeral:

a) Certidão de Óbito do segurado do segurado;
b) Prontuário hospitalar ou relatório SAME, do segurado;
c) Resultados de exames comprobatórios da doença, do segurado;
d) Relatório Médico informando data de atendimento, diagnóstico e evolução da doença, do segurado;
e) Notas fiscais e/ou recibos dos pagamentos feitos para realização do funeral do segurado e/ou seus dependentes;
f) Carta de autorização para crédito em conta (não enviar cópia do cartão do banco).

20.1.4. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

a) Boletim de ocorrência policial, em caso de acidente;
b) Exames complementares realizados, incluindo imagens;
c) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico e atestando o início da Invalidez do segurado.

20.1.5. Doenças Graves

a) Exame laboratorial que diagnosticou a doença (tomografias, ultrassonografias, biopsias e anatomopatológicos);
b) Relatório ou laudo preenchido pelo profissional habilitado que prestou o atendimento, com as especificações técnicas que possibilitem o enquadramento do diagnóstico e do estágio da patologia de que o segurado é portador, de acordo com os critérios de indenização previstos para cobertura pleiteada.

20.1.6. Cobertura Suplementar – Inclusão de Cônjuge

a) Mesmo documentos solicitados ao titular;
b) Certidão de casamento.

20.1.7. Cobertura Suplementar – Inclusão de Filhos

a) Mesmo documentos solicitados ao titular;
b) Certidão de nascimento.

20.2. Poderá ser exigida a autenticação das cópias de todos os documentos necessários à análise da Seguradora.

20.3. A Seguradora se reserva o direito de solicitar, no caso de dúvida fundada e justificável, qualquer outro documento que se faça necessário para regulação do sinistro, para a completa elucidação do evento ocorrido.

20.4. As despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e com os respectivos documentos solicitados correrão por conta do segurado ou de seus beneficiários.

20.4.1. Os eventuais encargos de tradução de documentos necessários à liquidação de sinistros ocorridos fora do território nacional ficarão a cargo da Seguradora.

21. PAGAMENTO DE SINISTROS

21.1. Em caso de sinistro coberto por este seguro, deverá o Segurado/Estipulante comprovar satisfatoriamente a sua ocorrência, por meio dos documentos básicos listados nestas Condições, bem como esclarecidas todas as circunstâncias a ele relacionadas. Fica entendido e acordado que, mediante dúvida fundada e justificável, na dependência das necessidades de cada caso a Seguradora reserva-se o direito de solicitar outros documentos para instruir a regulação de sinistro.

21.2. Fica estabelecido o prazo de até 30 (trinta) dias para o pagamento de indenização devida pelo presente Contrato de Seguro, contados a partir do recebimento, pela Seguradora, de toda a documentação.

21.3. Na hipótese de vir a ser feito pedido de documentos, informações ou esclarecimentos complementares ao Estipulante, Segurado ou

ao(s) beneficiário(s), o prazo mencionado no subitem anterior para indenização do sinistros sofrerá suspensão, assim, a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subseqüente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

21.4. A forma e periodicidade do pagamento das indenizações de cada garantia aos beneficiários serão determinadas no Certificado do Seguro.

21.5. Quando a liquidação das obrigações não for efetuada dentro do prazo estabelecido, o valor será atualizado pela variação d do IPCA/IBGE (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) ou o índice que vier a substituí-lo.. Incidirá, adicionalmente, sobre o valor, juros de mora à taxa de 1% (um por cento) ao ano, calculada em base pro rata dia, da data da ocorrência da mora até a data da efetiva liquidação das obrigações.

22. ACUMULAÇÃO DAS INDENIZAÇÕES

22.1. As indenizações por morte e invalidez permanente total ou parcial por acidente do segurado não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por invalidez permanente total ou parcial por acidente verificar-se a morte do segurado em decorrência do mesmo acidente, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte, deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

22.2. As indenizações por Morte e Doenças Graves do segurado não se acumulam. Se depois de paga uma indenização por Doenças Graves verificar-se a Morte do segurado, a Seguradora pagará a indenização devida pelo caso de morte, deduzida a importância já paga por Doenças Graves.

23. PERDA DE DIREITOS

23.1. Conforme estabelecido no art. 766 do Código Civil Brasileiro, se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor do Prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar o segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

23.1.1. Se a inexatidão ou omissão não resultar de má-fé do segurado, a Seguradora terá o direito de:

a) Na hipótese de não ocorrência de sinistro, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada.

b) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado, mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

c) Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença do prêmio cabível.

23.2. O segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

23.2.1. A seguradora, dentro do prazo de 15 (quinze) dias após o recebimento do aviso de agravação do risco, poderá comunicar ao Segurado, por escrito, a sua decisão de cancelar o seguro ou, mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

23.2.2. O cancelamento do seguro será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, e será feita a restituição da diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

23.3. Também haverá perda do direito à Indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Estipulante, do Segurado, seu(s) representante(s) ou seu(s) Beneficiário(s):

a) inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro; e

b) agravamento intencional do risco objeto do contrato.

24. PRAZO DE PRESCRIÇÃO

24.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

25. DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

25.1. O plano de seguro poderá prever cláusula de distribuição de excedente técnico, conforme estabelecido no Contrato do Seguro.

25.2. A presente cláusula concede ao Estipulante e/ou aos Segurados, a participação nos resultados técnicos da apólice. Anualmente, por ocasião do aniversário da apólice, a Seguradora fará a apuração dos lucros da mesma, sendo que para se apurar os lucros serão computados todas as receitas e despesas ocorridas desde o início quando se tratar da primeira apuração.

25.3. Considera-se lucro a diferença positiva existente entre as receitas e despesas ocorridas no período de apuração.

25.4. A distribuição do excedente técnico, será efetuada após o recebimento integral dos prêmios relativos ao período da apuração e no prazo máximo de até 60 (sessenta) dias úteis a contar da última quitação.

25.5. A definições dos itens que compõe as receitas e despesas serão especificadas no Contrato.

25.6. Do resultado apurado, será distribuído o percentual estabelecido no contrato do Seguro.

26. ALTERAÇÃO CONTRATUAL EM PLANOS COLETIVOS

26.1. Qualquer modificação na Apólice de Seguro que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

26.2. Qualquer alteração na Apólice de Seguro em vigor deverá ser realizada por aditivo à apólice, com a concordância expressa e escrita do segurado ou de seu representante, ratificada pelo correspondente endosso, observado o disposto no item 26.1.

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

27. ÂMBITO GEOGRÁFICO

27.1. Este seguro abrange os eventos cobertos pelas coberturas contratadas, ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

28. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

28.1. A propaganda e a promoção do seguro por parte do Estipulante e/ou Corretor, somente podem ser feitas com autorização expressa e supervisão da Seguradora, respeitadas as presentes condições gerais da apólice e as normas do seguro, ficando a Seguradora responsável pela fidedignidade das informações contidas nas divulgações feitas.

29. SUB-ROGAÇÃO

29.1. No seguro de pessoas, o segurador não pode sub-rogar-se nos direitos e ações do segurado, ou do beneficiário, contra o causador do sinistro, conforme disposto no artigo 800 do Código Civil.

30. FORO

30.1. As questões judiciais, entre o Segurado ou Beneficiário e a Seguradora, serão processadas no foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário, conforme o caso.

31. DISPOSIÇÕES GERAIS

31.1. A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.

31.2. As partes se submetem às normas brasileiras do seguro.

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

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

31.5. Caso não esteja satisfeito com a resposta fornecida pelo SAC, entre em contato com a Ouvidoria: 0800 727 2482 - Dias úteis, das 9h às 18 horas (horário de Brasília) exceto feriados. Você também pode acessar nosso site: www.bnpparibascardif.com.br.

SONHOS, FUTURO, VIDA.

Seguros protegem o essencial.
Por isso, trabalhamos para que
sejam cada vez mais acessíveis.