

PRESENTAÇÃO

- Apresentamos as Condições Gerais do seu Seguro que estabelecem as formas de funcionamento das coberturas contratadas.
- Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às coberturas aqui previstas, discriminadas e contratadas, desprezando-se quaisquer outras.
- Salientamos que, para os casos não previstos nestas Condições Gerais, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.
- Mediante a contratação deste seguro, o segurado aceita as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Gerais.
- O Segurado, ao assinar a proposta de seguro, declara o recebimento das presentes Condições Gerais.
- Leia-as cuidadosamente, principalmente os textos em destaques contidos nas Condições Gerais, para que você possa, assim, usufruir com segurança os benefícios deste seguro.
- As coberturas contratadas pelo segurado estarão especificadas na apólice/demonstrativo de coberturas.

INFORMAÇÕES PRELIMINARES

- A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco;
- O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP;
- O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

Condições Gerais – Versão Dezembro/2025

Processo SUSEP nº 15414.003056/2007-14.

Este seguro é garantido pela Tokio Marine Seguradora S.A. – CNPJ 33.164.021/0001-00

OUVIDORIA

A Voz do Cliente na Empresa

A Voz do Cliente na Empresa A Tokio Marine possui na Ouvidoria uma equipe especializada para avaliar com total imparcialidade a sua demanda e possui um prazo de resposta de até 15 (quinze) dias, contados a partir da data do recebimento da sua manifestação, atuando em conformidade com a regulamentação da Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

Você e seu corretor podem acionar a Ouvidoria sempre que discordarem de algum posicionamento fornecido pelos canais habituais da Cia. Entretanto, orientamos que previamente ao acionamento da Ouvidoria o cliente acione o Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC), por meio do formulário eletrônico Resolva Aqui ou nos telefones abaixo.

Fale com a Ouvidoria nos seguintes canais: www.tokiomarine.com.br através do formulário de Ouvidoria ou; Através do 0800 449 0000, de 2ª a 6ª das 8h às 18h; Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523.

A Ouvidoria da Tokio Marine também está disponível na plataforma Consumidor.Gov (www.consumidor.gov.br). O atendimento por meio deste canal e prazos seguirão conforme os termos de uso do mesmo.

Canais de Atendimento Tokio Marine:

Resolva Aqui - disponível em www.tokiomarine.com.br/atendimento , para registrar sua reclamação.

SAC 0800 703 9000

Central de Atendimento 0800 31 TOKIO (86546)

Deficientes Auditivos e de Fala 0800 770 1523

Disque Fraude 0800 707 6060

Cordialmente,

Ouvidoria Tokio Marine Seguradora

Sumário

1.	OBJETIVO DO SEGURO	7
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	8
3.	CARÊNCIA.....	9
4.	ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS	9
5.	DA VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA	10
6.	DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS	10
7.	DA ACEITAÇÃO DO ESTIPULANTE.....	11
8.	DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS	13
9.	CAPITAIS SEGURADOS	14
10.	CUSTEIO DO SEGURO	16
11.	PAGAMENTO DO PRÊMIO	17
12.	ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS	18
13.	COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS	19
14.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS	20
15.	CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL	22
16.	CANCELAMENTO DO SEGURO	22
17.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO	22
18.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	24
19.	ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA	25
20.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO	25
21.	DISPOSIÇÕES GERAIS	25
22.	PRESCRIÇÃO	26
23.	DO FORO	26
24.	CONCEITOS	26
I.	CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA BÁSICA MORTE	31
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	31
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	31
3.	CAPITAIS SEGURADOS	31
4.	BENEFICIÁRIO.....	31
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	32
II.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE - IEA ..	35
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	35
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	35
3.	CAPITAIS SEGURADOS	35
4.	BENEFICIÁRIO.....	35
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	36
III.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA 39	
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	39
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	42
3.	CAPITAIS SEGURADOS	42
4.	BENEFICIÁRIO.....	42
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	42
IV.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA	45
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	45
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	46
3.	CAPITAIS SEGURADOS	46
4.	BENEFICIÁRIO.....	46
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	46
V.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA IPDL	
49		
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	49
2.	CAPITAIS SEGURADOS	50
3.	BENEFICIÁRIO.....	50
4.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	50

VI.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA FUNCIONAL – IPD-F	53
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	53
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	57
3.	CAPITAIS SEGURADOS	57
4.	BENEFICIÁRIO.....	57
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	58
	SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL	60
VII.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE OU DOENÇA – DIT	60
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	60
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	60
3.	CAPITAIS SEGURADOS	61
4.	CARÊNCIA.....	61
5.	BENEFICIÁRIO.....	61
6.	OCORRÊNCIA DE SINISTRO	62
VIII.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE VERBA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE E/ OU DOENÇA - VIT	64
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	64
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	64
3.	CAPITAIS SEGURADOS	65
4.	CARÊNCIA.....	65
5.	BENEFICIÁRIO.....	65
6.	OCORRÊNCIA DE SINISTRO	65
	SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL	67
IX.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE VERBA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE - VITA	67
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	67
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	67
3.	CAPITAIS SEGURADOS	68
4.	CARÊNCIA.....	68
5.	BENEFICIÁRIO.....	68
6.	OCORRÊNCIA DE SINISTRO	68
X.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA RENDA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DOENÇA E ACIDENTE – RIH	70
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	70
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	70
3.	CAPITAIS SEGURADOS	71
4.	CARÊNCIA.....	71
5.	BENEFICIÁRIO.....	71
6.	OCORRÊNCIA DE SINISTRO	71
XI.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES - DG	73
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	73
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	75
3.	CAPITAIS SEGURADOS	76
4.	CARÊNCIA.....	76
5.	BENEFICIÁRIO.....	76
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	77
XII.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS - DMHO	80
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	80
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	80
3.	CAPITAIS SEGURADOS	80
4.	BENEFICIÁRIO.....	81
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	81
XIII.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL TITULAR NÃO DEDUTÍVEL - AF	83
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	83
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	83
3.	CAPITAIS SEGURADOS	83



4.	BENEFICIÁRIO.....	83
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	84
XIV.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL - FAMILIAR NÃO DEDUTÍVEL - AFF ...	86
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	86
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	86
3.	CAPITAIS SEGURADOS	86
4.	BENEFICIÁRIO.....	86
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	87
XV.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL TITULAR DEDUTÍVEL - AF.....	89
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	89
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	89
3.	CAPITAIS SEGURADOS	89
4.	BENEFICIÁRIO.....	89
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	90
XVI.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR DEDUTÍVEL - AFF	92
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	92
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	92
3.	CAPITAIS SEGURADOS	92
4.	BENEFICIÁRIO.....	92
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	93
XVII.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO - AA	95
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	95
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	95
3.	CAPITAIS SEGURADOS	95
4.	BENEFICIÁRIO.....	95
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	96
XVIII.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE AUXÍLIO EDUCAÇÃO - AE.....	98
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	98
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	98
3.	CAPITAIS SEGURADOS	98
4.	BENEFICIÁRIO.....	98
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	99
XIX.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE AUXÍLIO NATALIDADE - AN.....	101
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	101
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	101
3.	CAPITAIS SEGURADOS	101
4.	BENEFICIÁRIO.....	101
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	102
XX.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS - VR	103
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	103
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	103
3.	CAPITAIS SEGURADOS	103
4.	BENEFICIÁRIO.....	103
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	104
XXI.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGES	105
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	105
2.	BENEFICIÁRIOS.....	106
3.	COBERTURAS	106
4.	RISCOS EXCLUÍDOS	106
5.	CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO	106
6.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	107
XXII.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS – BÁSICA (MORTE) IAF	109
1.	OBJETIVO DA COBERTURA	109
2.	BENEFICIÁRIOS.....	110
3.	RISCOS EXCLUÍDOS	110
4.	CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO	110
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	110
XXIII.	CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DOENÇAS CONGÊNITAS DE FILHOS (DG)	112



**TOKIO MARINE
SEGURADORA**

NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA

1.	OBJETIVO DA COBERTURA	112
2.	RISCOS EXCLUÍDOS	112
3.	CAPITAIS SEGURADOS	113
4.	BENEFICIÁRIO.....	113
5.	OCORRÊNCIA DO SINISTRO	113
XXIV.	CONDIÇÕES ESPECIAIS – CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO	115

SEGURO DE PESSOAS – CAPITAL GLOBAL CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância assegurada, limitada ao valor do Capital Segurado Individual, de acordo com a(s) cobertura(s) contratada(s), indicada(s) na Proposta de Contratação, ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais, das Condições Especiais e do Contrato.**

1.1.1 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.

1.1.2 Este contrato de seguro é regido pela Lei nº 15.040, de 9 de dezembro de 2024 e, no que couber, pela Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil Brasileiro), sem prejuízo da aplicação supletiva de Resoluções, Circulares e Instruções Normativas emitidas pelos órgãos reguladores, desde que, em acordo com a Lei nº 15.040/2024.

1.1.3 Qualquer alteração no contrato de seguro será efetuada mediante emissão de endosso pela Seguradora.

1.2. As coberturas deste Seguro mencionadas abaixo são passíveis de contratação, respeitadas as conjugações disponibilizadas pela Seguradora **e os riscos excluídos destas Condições Gerais:**

- **Básica - Morte**
- **IEA – Indenização Especial por Morte Acidental**
- **IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**
- **IPTA – Invalidez Permanente Total por Acidente**
- **IPDL – Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença**
- **IPDF – Invalidez Permanente Total por Doença Funcional**
- **DIT – Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença**
- **VIT – Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença**
- **VITA – Verba por Incapacidade Temporária por Acidente**
- **RIH – Renda por Internação Hospitalar**
- **DG – Doenças Graves**
- **DMHO – Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – Básica (Morte)**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IEA**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IPA**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IPTA**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DIT**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DG**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DIH**
- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DMHO**
- **IAF – Inclusão Automática de Filhos – Básica (Morte)**
- **AF – Auxílio Funeral Titular – Não Dedutível**
- **AF – Auxílio Funeral Familiar – Não Dedutível**
- **AF – Auxílio Funeral Titular – Dedutível**
- **AF – Auxílio Funeral Familiar – Dedutível**

- AA – Auxílio Alimentação
- AE – Auxílio Educação
- AN – Auxílio Natalidade
- VR – Verbas Rescisórias
- DCF – Doenças Congênitas de Filhos

1.2.1. As indenizações previstas para as coberturas conjugadas: Básica – Morte e Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA), assim como, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) se acumulam e podem ser contratadas conjuntamente, quando definido no contrato.

1.3. O Estipulante deverá informar no formulário denominado Proposta de Contratação, quais coberturas pretende contratar, sendo a básica obrigatória e as demais facultativas.

1.4. Para caracterização deste plano em Seguro de Vida, deverá ser contratada obrigatoriamente a Cobertura de Morte.

1.5. Para menores de 14 (catorze) anos é permitido, exclusivamente, o oferecimento e a contratação de coberturas relacionadas ao reembolso de despesas, seja na condição de Segurado Principal ou dependente.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro para os Segurados Principais e dependentes, os eventos ocorridos em consequência direta ou indiretamente:

- a) Do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) De atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) De furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) De doenças preexistentes à contratação do Seguro, não declaradas na Proposta de Contratação e de conhecimento do Segurado;
- e) Da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s), sócios ou do representante legal de um ou de outro, de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- f) Suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguro, ou de sua recondução depois de suspensão;
- g) Sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de Prêmios;
- h) Epidemias, Endemias e Pandemias, declaradas por órgão competente;
- i) Envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente uma região ou uma dada população onde o Segurado resida ou esteja de passagem;
- j) Sinistro cuja causa e ou enquadramento, em uma ou mais coberturas, não for possível de ser apurado e ou concluído pela Seguradora, durante o prazo do processo de regulação e liquidação de sinistro, seja a que título for.

3. CARÊNCIA

3.1. As coberturas básicas e as adicionais de Auxílio Funeral Titular Não Dedutível, Auxílio Funeral Familiar Não Dedutível, Auxílio Funeral Titular Dedutível, Auxílio Funeral Familiar Dedutível, Auxílio Alimentação, Auxílio Educação (AE), Auxílio Natalidade (AN), Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença (IPDL), Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), Verba por Incapacidade Temporária, exclusivamente se decorrente de doença (VIT), Doenças Graves (DG), Verbas Rescisórias (VR) e (DCF) Doenças Congênitas Filhos não estão sujeitas a aplicação de período de carência estabelecido no contrato

3.2. **Haverá carência de 3 (três) meses contados à partir da data de início da vigência individual para a Cobertura de Diárias de Incapacidade Total (DIT), exclusivamente se decorrente de doença, e para a Cobertura de Renda por Internação Hospitalar (RIH), exclusivamente se decorrente de doença.**

3.3. Haverá carência de 2 (dois) meses contados à partir da data de início da vigência individual para a Cobertura de Doenças Graves (DG).

3.4. Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

3.5. **O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o Seguro.**

3.6. **Não haverá carência para os casos de transferência do Grupo Segurado de Congênere para esta Seguradora, exclusivamente para os Segurados que já participavam do grupo.**

3.7. O prazo que um plano de seguro poderá estabelecer como carência será de dois anos e não poderá exceder metade do prazo de vigência.

4. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS

4.1. O presente Seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do Globo Terrestre, 24 (vinte e quatro) horas por dia, desde que não sejam caracterizados como risco excluído. Este âmbito geográfico se dará as coberturas que seguem relacionadas: Básica (Morte), Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA), Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL), Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO), Auxílio Funeral Titular – Não Dedutível, Auxílio Funeral Familiar – Não Dedutível, Auxílio Funeral Titular – Dedutível, Auxílio Funeral Familiar – Dedutível e Auxílio Alimentação, Auxílio Educação (AE), Auxílio Natalidade (AN).

4.2. Para as coberturas de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente (DIT), Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença, Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (VIT), Verba por Incapacidade Temporária por Acidente (VITA), Doenças Graves (DG), Renda por Internação Hospitalar (RIH), Verbas Rescisórias (VR) e Doenças Congênitas de Filhos (DCF), o âmbito geográfico do presente seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

4.3. As eventuais indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional.

5. DA VIGÊNCIA DA APÓLICE MESTRA

5.1 A apólice mestra vigorará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data estabelecida no contrato, podendo ser renovada automaticamente, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

5.2 Nos seguros com previsão de renovação automática, a seguradora deverá, em até 30 (trinta) dias antes de seu término, cientificar o contratante de sua decisão de não renovar ou das eventuais modificações que pretenda fazer para a renovação.

5.3 Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo Segurado.

5.4 Início de Vigência

O início de vigência da apólice mestra se dará a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data expressa no Contrato.

6. DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS

6.1 O início e término de vigência de cada Segurado serão definidos no Contrato.

6.2 O início e término da vigência individual dar-se-ão às 24 (vinte e quatro) horas das datas definidas no Contrato.

6.3 Caso não haja pagamento de prêmio quando do protocolo da Proposta de Contratação, o início de vigência é o dia de aceitação da proposta ou outro se solicitado pelo proponente. Em havendo pagamento parcial ou total do prêmio, considera-se o início de vigência a partir da data de recepção da proposta pela Seguradora.

6.4 Os Seguros Individuais vigorarão enquanto vigorar a apólice mestra, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do contrato individual previsto nestas Condições Gerais.

6.4.1 No caso de não renovação da apólice mestra, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final de vigência da apólice, respeitado o período correspondente ao prêmio pago.

6.5 Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora à faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

7. DA ACEITAÇÃO DO ESTIPULANTE

7.1 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

7.2 A aceitação, alteração e renovação deste seguro foi precedida da análise do risco pela Seguradora, com base nas informações fornecidas na Proposta de Seguro.

7.3 A contratação deste seguro deverá ser precedida da entrega de Proposta de Seguro à Seguradora, preenchida e assinada pelo proponente, por seu representante, ou corretor de seguros habilitado que representará o proponente na formação do contrato, na forma da lei.

7.4 O(s) pedido(s) de cotação à seguradora não equivale(m) à Proposta, e as informações prestadas pelas partes e por terceiros intervenientes integram o contrato que vier a ser celebrado.

7.5 A Proposta de Seguro faz parte integrante deste Contrato de Seguro, uma vez que contém todas as informações fornecidas foram essenciais à avaliação e Aceitação do Risco pela Seguradora.

7.6 A aceitação da Proposta dependente de análise interna da Seguradora, que se reserva o direito de, através de critérios técnicos, negar os riscos que considere em desacordo com os interesses do seu negócio, não ficando tal recusa caracterizada como ato discriminatório ou inibente da livre iniciativa empresarial.

7.7 O Proponente/Estipulante é obrigado a fornecer todas as informações necessárias à aceitação do risco para a fixação do valor do prêmio, bem como responder com clareza e veracidade todas as informações para elaboração da proposta, de acordo com o Questionário que lhe submeta a Seguradora. As partes e os terceiros intervenientes nos contratos, ao responderem as informações para geração da proposta, devem informar tudo de relevante que souberem ou que deveriam saber a respeito do interesse e do risco a serem garantidos.

7.8 O descumprimento doloso do dever de informar previsto acima, importará em perda da garantia, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

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

7.10 Se, diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível, ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela seguradora, o contrato será extinto, sem prejuízo da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.

7.10.1 Risco normalmente não subscrito é aquele que vai contra as regras da política de aceitação da Seguradora.

7.10.2 A análise ou impossibilidade de garantia de um risco é de competência exclusiva e interna da Seguradora, de acordo sua política de aceitação, entre eles, mas não se limitando aos aspectos, comerciais, atuariais e técnicos.

7.11 Despesas incorridas com a contratação são todas aquelas necessárias para que haja a contratação de um seguro, entre elas, mas não se limitando as despesas administrativas e tributos.

7.12 Após verificar que a Proposta de Seguro atendeu a todos os requisitos formais estabelecidos para seu recebimento, a Seguradora fornecerá ao Proponente, protocolo que identifica a Proposta de Seguro por ela recepcionada, com indicação de data e hora do recebimento da referida proposta. **Apenas serão consideradas como recebidas as propostas enviadas através do Portal do Corretor.**

7.13 A Seguradora tem o prazo de 15 (quinze) dias para se manifestar sobre a aceitação ou não da Proposta de Seguro, Proposta de Adesão dos Proponentes e Questionários de Saúde, contados a partir da data de recebimento da referida proposta. Nos casos em que a Seguradora indicar a necessidade de esclarecimentos, documentos, novo questionário, apresentação de exames, entre outros, este prazo terá novo início, passando a ser contado a partir do momento em que forem atendidas as solicitações complementares.

7.14 A solicitação de esclarecimentos, documentos, novo questionário, ajuste de questionário, apresentação de exames, entre outros, poderá ser realizada quantas vezes se fizer necessário, à critério da Seguradora.

7.15 **As propostas serão consideradas aceitas através da manifestação formal e expressa da Seguradora ou, ainda, no caso de a Seguradora não se manifestar expressamente pela sua recusa no prazo de 15 (quinze) dias, contados da data da recepção da Proposta.**

7.16 Qualquer alteração no Contrato de Seguro deverá ser efetuada mediante nova Proposta de Seguro assinada pelo Segurado, seu representante legal ou por Corretor de Seguros habilitado. A Seguradora terá o mesmo prazo de 15 (quinze) dias para aceitar ou recusar a alteração a ela proposta. **NÃO SERÁ ADMITIDA A PRESUNÇÃO DE QUE A SEGURADORA POSSA TER CONHECIMENTO DE CIRCUNSTÂNCIAS QUE NÃO CONSTEM DA PROPOSTA DE SEGURO OU QUE NÃO TENHAM SIDO COMUNICADAS POR ESCRITO.**

7.17 No caso de não aceitação da Proposta de Seguro, a Seguradora comunicará formalmente ao Proponente, ou seu representante legal.

7.18 Será estabelecida na Proposta de Contratação a quantidade mínima de segurados necessária para a aceitação de Seguro.

7.19 Poderão ser incluídos no presente seguro, as pessoas pertencentes ao grupo segurável que atendam às condições de aceitação estabelecidas na Proposta de Contratação.

7.20 Havendo expressa convenção da Proposta de Contratação, poderão ser incluídos no seguro aposentados e afastados do serviço.

7.21 A Proposta de Adesão deverá ser preenchida de próprio punho pelo proponente ou responsável legal, documento em que constará cláusula em que o proponente declarará ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais.

8. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS

8.1 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.

8.2 O Grupo Segurado deverá ser composto de no mínimo 1 (um) Segurado para a aceitação e manutenção do Seguro. É vedada a contratação somente **para um sócio, sem que haja no mínimo 01 funcionário.**

8.3 Estarão incluídos no presente Seguro, todos os funcionários do Estipulante devidamente registrados e ativos no sistema E-Social e demonstrados na GFIP, relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove a existência do vínculo empregatício com o CNPJ da apólice contratada. Os respectivos Sócios e/ou Diretores constantes do Contrato Social, desde que haja a indicação na Proposta de Contratação, e que estejam em boas condições de saúde, em plena atividade profissional e com idade mínima de 14 (quatorze) anos e máxima de 75 (setenta e cinco) anos, na data de início de vigência do Estipulante, ou na data do início de vigência individual.

8.3.1 A partir dos 14 anos, os sócios constantes do contrato social, poderão ser incluídos no Seguro e farão parte do rateio para efeito da apuração do Capital Segurado em caso de sinistro, **observadas as demais condições de aceitação previstas nestas Condições Gerais.**

8.3.2 Nos casos em que seja contratado Sócios na Proposta e algum dos Sócios conste como funcionário ativo no E-Social e demonstrado na GFIP, relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que demonstre vínculo empregatício com o CNPJ da apólice contratada, em caso de sinistro não haverá acúmulo de Capital Segurado, sendo considerado o maior Capital Segurado vigente na data do evento do sinistro, dentro do limite máximo determinado na Apólice do Seguro.

8.4 Não poderão participar do Seguro bem como não serão considerados como componentes do Grupo Segurado para efeito da apuração do Capital Segurado em caso de sinistro, mesmo que ativos no E-Social e demonstrados na GFIP, relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove a existência do vínculo empregatício com o CNPJ da apólice ou do Contrato Social, os funcionários, Sócios e/ou Diretores que na data de início de vigência do Estipulante ou na data de início de vigência individual se enquadrarem nas seguintes situações:

- a) Afastados por doença ou acidente;
- b) Idade inferior a 14 (catorze) anos ou superior a 75 (setenta e cinco) anos;
- c) Aposentados por invalidez;
- d) Os funcionários afastados no início de vigência passarão a ter cobertura somente após o retorno a sua respectiva atividade laborativa.

8.4.1 Os funcionários e Sócios/Diretores que vierem a se aposentar por invalidez no decorrer da vigência em caráter temporário, serão mantidos no Seguro, desde que não tenham rescindido o contrato de trabalho ou conste do Contrato Social.

8.5 A proibição a que se refere às alíneas “a” e “b” do **subitem 8.4** não se aplica aos empregados que tenham sido incluídos de acordo com as disposições estabelecidas para esse Seguro, cujo afastamento ou excesso de idade veio a ocorrer durante a vigência da apólice, ou de sua renovação junto à Tokio Marine Seguradora, sem descontinuidade de cobertura.

8.6 Cabe ao Estipulante a obrigação de verificar o preenchimento dos requisitos previstos nestas Condições Gerais acerca dos funcionários e sócios que são elegíveis ao seguro tanto na contratação do seguro, quanto na admissão de novos funcionários e sócios durante a vigência do seguro em pleno acordo com a condição de aceitação isentando, expressamente, a Seguradora do pagamento de qualquer indenização a Segurados incluídos indevidamente por não preencherem os referidos requisitos.

8.6.1 Os funcionários e Sócios/Diretores que vierem a se aposentar por invalidez no decorrer da vigência em caráter temporário, serão mantidos no Seguro, desde que não tenham rescindido o contrato de trabalho ou conste do Contrato Social.

9. CAPITAIS SEGURADOS

9.1 O Capital Segurado será global, sendo a indenização calculada de acordo com o valor resultante da divisão do Capital Global pelo Grupo Segurado que compreende a quantidade de todos os Funcionários registrados e ativos no E-Social e demonstrados na GFIP, relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove a existência do vínculo empregatício no CNPJ da apólice contratada, e de todos os Sócios/Diretores que constarem no Contrato Social da respectiva empresa Estipulante, conforme opção de regra contratada e indicada na Proposta de Contratação e detalhada nestas Condições Gerais.

9.2 Para fins de indenização, os valores de Capitais Segurados serão pagos de acordo com cada cobertura vigente na data do evento, **observadas as condições de aceitação e inclusão de segurados previstas no item 10, sendo a divisão do Capital Global calculada com base no Grupo Segurado existente no mês do evento, de acordo com os critérios estabelecidos nos itens a seguir:**

9.2.1 Grupo Separado:

Sócios/Diretores e Funcionários participam em grupos separados, conforme o respectivo Capital Global indicado na Proposta de Contratação e especificado na Apólice. Nessa modalidade a contratação de Sócios/Diretores é facultativa.

- **Sócios/Diretores**

O Capital Segurado Individual será calculado através da divisão do Capital Segurado específico contratado pelo Estipulante para o grupo de Sócios/Diretores, pela quantidade de Sócios/Diretores que constarem do Contrato Social da respectiva empresa Estipulante, de acordo com os critérios previstos na versão do produto, das condições expressas na proposta e demais cláusulas da Apólice e das Condições Gerais vigentes.

- **Funcionários**

O Capital Segurado Individual será calculado através da divisão do Capital Segurado contratado pelo Estipulante para o grupo de Funcionários, devidamente ativos no E-Social e demonstrados na GFIP, relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove a existência do vínculo empregatício, de acordo com a versão do produto contratado, das condições expressas na proposta e demais cláusulas da Apólice e das Condições Gerais.

9.2.2 Grupo único:

Sócios/Diretores e Funcionários participam no mesmo grupo, sendo o Capital Global da Apólice rateado entre Sócios/Diretores e Funcionários que participam sob o mesmo Capital Global:

9.2.3 Grupo Separado:

Sócios/Diretores e Funcionários participam em grupos separados, com contratação de Capital Global específico para cada grupo, indicados na Proposta de Contratação e especificado na Apólice. Nesta modalidade a contratação de Sócios/Diretores é facultativa.

- **Sócios/Diretores**

O Capital Segurado Individual será calculado através da divisão do Capital Segurado específico contratado pelo Estipulante para o grupo de Sócios/Diretores, pela quantidade de Sócios/Diretores que constarem do Contrato Social da respectiva empresa Estipulante, de acordo com os critérios previstos na versão do produto, das condições expressas na proposta e demais cláusulas da Apólice e das Condições Gerais vigentes.

- **Funcionários**

O Capital Segurado Individual será calculado através da divisão do Capital Segurado contratado pelo Estipulante para o grupo de Funcionários, devidamente ativos no E-Social e demonstrados na GFIP, relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove a existência do vínculo empregatício, de acordo com a versão do produto contratado, das condições expressas na proposta e demais cláusulas da Apólice e das Condições Gerais.

9.2.4 Grupo único:

Sócios/Diretores e Funcionários participam no mesmo grupo, sendo o Capital Global da Apólice rateado entre Sócios/Diretores e Funcionários que participam sob o mesmo Capital Global.

9.3 Se a quantidade de funcionários se alterarem durante a vigência do Seguro, seja pela ocorrência de Sinistro ou pela movimentação de funcionários, o Capital Segurado Individual será automaticamente ajustado rateando-se o Capital Total Contratado de forma proporcional ao novo número de Funcionários, respeitando-se o limite máximo individual conforme especificado no Contrato.

9.4 Caso a empresa Estipulante deseje restabelecer os valores de Capital Segurado conforme os valores inicialmente contratados, deverá solicitar a emissão de endosso de alteração por meio de seu Corretor de Seguros ou do Serviço de Atendimento ao Cliente da Seguradora.

9.5 Qualquer modificação da apólice em vigor, inclusive nas taxas do Seguro, que implique em ônus ou dever para os Segurados dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado.

9.6 O Capital Segurado será automaticamente ajustado quando houver liquidação de sinistro que implique no cancelamento do seguro para o segurado individual ou movimentação de funcionários, Diretores ou Sócios, dividindo-se o Capital Segurado contratado pelo novo número de funcionários, desde que atendidos os requisitos previstos na cláusula **9.8, respeitando-se o limite máximo contratado conforme especificado na Apólice.**

9.6.1 Para determinação do capital segurado para pagamento do sinistro, serão ser contabilizados os segurados aceitos no seguro, em conformidade com o item 10 inclusive os funcionários afastados durante a vigência, desde que anteriormente incluídos no seguro.

9.6.1.1 Para determinação do capital segurado, os funcionários admitidos e demitidos no mês da ocorrência do sinistro integrarão o cálculo de divisão.

9.7 Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores calculados com base nas coberturas vigentes na data do evento, e o Capital Segurado individual calculado com base no Grupo Segurado vigente no mês do evento, observadas as regras e restrições para a alteração do Grupo Segurado.

9.8 O Estipulante deverá solicitar o ajuste dos capitais segurados através de endosso, nas seguintes situações:

9.8.1 Grupo de funcionários: Quando houver redução da quantidade de funcionários em percentual superior a 10% (dez por cento) em relação à quantidade de segurados informado na data da contratação ou da renovação da apólice, é obrigatória a repactuação do valor do Capital Global contratado.

9.8.2 Grupo de sócios: Durante a vigência do seguro, qualquer alteração da quantidade de segurados do quadro societário, deverá ser repactuado na apólice através de endosso.

9.8.3 Em caso de descumprimento do disposto das cláusulas 9.8.1 e 9.8.2 o capital segurado individual será apurado com base no número de segurados existente quando da última comunicação formal à seguradora quanto à quantidade efetiva de componentes do grupo segurado através de endosso ou, na sua falta, com base no número de segurados existente à época do início de vigência ou da renovação da apólice.

9.8.4 Não há obrigatoriedade de o Estipulante solicitar emissão de endosso em razão de aumento do grupo segurado, contudo, nesta situação, o capital segurado será calculado com base no Grupo vigente no mês do evento, sendo os segurados individuais ou beneficiários indenizados ou reembolsados com limite dos valores calculados com base nas coberturas vigentes na data do evento, o que implicará em redução do capital em relação valor considerado na contratação do seguro.

9.8.5 É obrigação do Estipulante avaliar e repactuar o valor do Capital Global contratado ou restabelecê-lo para melhor atender o Capital Segurado Individual desejado, contratando o endosso de alteração das condições contratuais através do seu corretor de seguros, e observadas as limitações estabelecidas no produto.

10. CUSTEIO DO SEGURO

10.1 Conforme disposto no Contrato, o custeio deste Seguro será:

Não Contributário – sendo o pagamento do Seguro exclusivamente através de recursos do Estipulante, sem a participação do Segurado.

11. PAGAMENTO DO PRÊMIO

- 11.1** A forma de pagamento, bem como o valor e critério de atualização do prêmio será estabelecido no Contrato.
- 11.2** Tanto em relação aos prêmios individuais como em relação ao prêmio total, deve-se observar o disposto nos subitens abaixo:
- 11.2.1** Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do prêmio houver sido feito, no máximo até a data limite prevista para esse fim. Caso a data limite para pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o Seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.
- 11.2.2** A data-limite para pagamento do prêmio não poderá ultrapassar o 30º (trigésimo) dia de emissão da Apólice Mestra, da fatura ou da conta mensal, do aditivo de renovação, dos aditivos ou endossos dos quais resulte aumento do Prêmio.
- 11.3** Fica vedada a cobrança ao Segurado de taxa de inscrição ou de intermediação.
- 11.4** Se o Estipulante não tiver recebido um novo documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá entrar em contato com a Seguradora / Corretor e solicitar a emissão da 2ª via do boleto bancário.
- 11.5** Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante.
- 11.6** No caso de rescisão total ou parcial do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa do segurado ou com a concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

11.7 ATRASO NO PAGAMENTO DE PRÊMIO

11.7.1 Data do vencimento da parcela do prêmio anterior ao período de cobertura:

11.7.1.1 Nesses casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará a suspensão imediata de todas as coberturas, a partir da data do início do período de cobertura da respectiva parcela pendente, perdendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

11.7.1.1 A parcela vencida mencionada no item anterior não será cobrada pela Seguradora, uma vez que não será concedida a respectiva cobertura.

11.7.1.2 Quando suspensa a cobertura do Seguro, seja da apólice mestra, sejam das coberturas individuais, poderá ser reabilitada, por uma única vez, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal subsequente à parcela em atraso, respondendo a

Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir das 24 (vinte e quatro) horas da data de pagamento da referida parcela.

11.7.2 Data do vencimento da parcela do prêmio durante ou após o período de cobertura:

Nesses casos, a falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato, acarretará na cobrança da parcela do prêmio conforme a lei permitir. Esta situação não acarretará na suspensão das coberturas, mantendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro coberto, ocorrido durante o período de cobertura.

11.7.2.1 O prazo para o pagamento da parcela do prêmio em atraso será até a data do vencimento da próxima parcela do prêmio referente ao período de cobertura subsequente.

11.7.2.2 O pagamento dos prêmios devidos nestas circunstâncias, será acrescido de multa e juros de mora conforme critério previsto na proposta de contratação e condições da apólice.

11.7.2.3 Caso essa parcela pendente não seja paga até a data limite especificada no subitem 11.7.2.1, seja a apólice mestra, sejam as coberturas individuais, serão canceladas a partir das 24 (vinte e quatro) horas dessa mesma data, sendo devido o pagamento das parcelas de prêmio referentes a períodos de cobertura ainda não emitidos e anteriores à data do cancelamento.

11.7.2.4 As parcelas do prêmio não pagas após 30 (trinta) dias do seu vencimento poderão ser cobradas judicialmente pela Seguradora.

11.8 CANCELAMENTO DO SEGURO POR FALTA DE PAGAMENTO DE PRÊMIO

11.8.1 O Segurado/Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado da suspensão das coberturas e que após 90 (noventa) dias de suspensão, o seguro será cancelado.

11.8.2 Quando houver suspensão de coberturas, somente será admitida uma única reabilitação.

11.8.3 Ainda que seja feito o pagamento da parcela subsequente à parcela em aberto, não afastará a suspensão das garantias e o consequente cancelamento da apólice.

12. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS

12.1 Para os Seguros com vigência superior a 1 (um) ano, o valor do Capital Segurado e dos Prêmios serão corrigidos anualmente pelo IPCA-IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, ou caso este seja extinto, pela variação positiva do índice INPC/IBGE, com base na última publicação oficial, verificada no mês de aniversário do Seguro ou no menor espaço de tempo que a lei vier a permitir.

12.2 O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

13. COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS

13.1 Ocorrendo o Sinistro, este deverá ser comunicado imediatamente à SEGURADORA, SOB PENA DA PERDA DO DIREITO, podendo ser pela central de atendimento, ou portal de autoatendimento através do site www.tokiomarine.com.br.

13.2 Todos os campos do aviso de sinistro, tanto no Formulário de Aviso de Sinistro quanto no Aviso eletrônico no Portal de Autoatendimento, devem ser preenchidos corretamente com as informações relacionadas à localização do segurado conforme a apólice, além de todos os dados pertinentes ao evento que está sendo comunicado.

13.3 O Segurado, ou quem suas vezes fizer, deverá entregar à Seguradora, com a devida diligência, os documentos básicos e elementos necessários por ela solicitados.

13.3.1 Deverá ser encaminhada a documentação necessária de acordo com a cobertura do seguro, juntamente com o formulário Aviso de Sinistro, preenchido e assinado pelo Segurado e/ou Beneficiário. Esses documentos são imprescindíveis para análise do Sinistro, sem prejuízo de outros que se façam necessários, caso haja dúvida fundada e justificável, dada a especificidade do caso concreto e que poderão ser solicitados pela SEGURADORA.

13.3.2 Os documentos devem ser enviados por meio do Portal de Autoatendimento e precisam ser digitalizados de forma colorida, a partir dos documentos originais e/ou suas cópias autenticadas.

13.3.3 Os arquivos podem ser enviados apenas nos seguintes formatos: pdf, jpg, png, bmp, avi, mpg, mp4 ou mpeg.

13.4 Cabem, exclusivamente, à Seguradora, os procedimentos de regulação e de liquidação do sinistro, que servem respectivamente para identificar as causas e os efeitos do fato comunicado pelo interessado e quantificar em dinheiro os valores devidos pela seguradora. A execução desses procedimentos não importa em reconhecimento de nenhuma obrigação de pagamento do valor do seguro por parte da Seguradora.

13.5 A Seguradora poderá contratar regulador e liquidante de sinistro para desenvolver esses procedimentos em seu lugar, cabendo, porém, exclusivamente à Seguradora a decisão sobre a cobertura do fato e o valor da indenização, se devida, ao Segurado ou ao beneficiário.

13.6 A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para manifestar-se sobre a cobertura do sinistro, sob pena de decair do direito de recusá-la, contando-se esse prazo da data de apresentação do aviso de sinistro pelo interessado, acompanhado de todos os elementos necessários à decisão a respeito da existência de cobertura.

13.6.1 A Seguradora ou o regulador do sinistro poderão solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los, quantas vezes se fizerem necessárias.

13.6.2 Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido no subitem acima, **o prazo para a manifestação sobre a cobertura suspende-se por, no máximo, 2 (duas) vezes, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele em que for integralmente atendida a solicitação.**

13.6.3 Porém, nos sinistros em que a importância segurada não exceder o correspondente a 500 (quinhentas) vezes o salário-mínimo vigente, **o prazo de manifestação sobre a cobertura só poderá ser suspenso 1 (uma) vez.**

13.6.4 Para os tipos de seguro nos quais a verificação da existência de cobertura implicar maior complexidade na apuração, a Seguradora solicitará à autoridade fiscalizadora que fixe prazo superior a 30 (trinta) dias, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

13.7 A recusa de cobertura será expressa e motivada, não podendo a Seguradora inovar posteriormente o seu fundamento, **salvo quando, depois da recusa, vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.**

13.8 Entende-se por motivação, a indicação do fundamento legal e/ou contratual da negativa.

13.9 Fica ressalvado que o exercício da ampla defesa e do contraditório, previstos no artigo 5º, inciso LV, da Constituição Federal, por parte da Seguradora, não constitui, sob nenhuma hipótese, inovação.

13.10 O relatório de regulação e liquidação do sinistro é documento comum às partes e, negada a cobertura, no todo ou em parte, a Seguradora entregará ao interessado os documentos produzidos ou obtidos durante a regulação e a liquidação do sinistro que fundamentem sua decisão.

13.11 Não é considerado comum às partes toda documentação e/ou informação que contenha segredos e/ou estratégias negociais da Seguradora, capazes de comprometer seu desenvolvimento e a confidencialidade das informações sensíveis.

13.12 São considerados como documentos que contêm segredos de negócios aqueles que possuem informações confidenciais, não trivialmente conhecidas ou acessíveis, desenvolvidas, utilizadas ou possuídas pela Seguradora, cuja divulgação possa comprometer a integridade de seus processos decisórios e a metodologia subjacente à avaliação e gerenciamento de riscos de forma confidencial.

13.13 A regulação e a liquidação do sinistro serão realizadas simultaneamente, sempre que possível.

14. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

14.1 A Seguradora terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para pagar a indenização.

14.1.1 A Seguradora ou o liquidante do sinistro poderá solicitar documentos complementares, de forma justificada, ao interessado, desde que lhe seja possível produzi-los, quantas vezes se fizerem necessárias.

14.1.2 Solicitados documentos complementares dentro do prazo estabelecido no subitem acima, o prazo para o pagamento da indenização suspende-se por, no máximo, 1 (uma) vez, recomeçando a correr no primeiro dia útil subsequente àquele **em que for integralmente atendida a solicitação.**

14.1.3 Para os tipos de seguro nos quais a liquidação dos valores devidos implicar maior complexidade na apuração, a Seguradora solicitará à autoridade fiscalizadora que fixe prazo superior ao disposto no **subitem 14.1**, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

- 14.1.4** O valor da indenização apurada será apresentado ao Segurado ou ao beneficiário de forma fundamentada, não podendo a Seguradora inovar posteriormente o seu fundamento, salvo quando vier a tomar conhecimento de fatos que anteriormente desconhecia.
- 14.1.5** Fica ressalvado que o exercício da ampla defesa e do contraditório, previstos no artigo 5º, inciso LV, da Constituição Federal, por parte da Seguradora, não constitui, sob nenhuma hipótese, inovação.
- 14.1.6** Em caso de descumprimento do prazo estipulado no **subitem 14.1** desta cláusula, os valores de indenização sujeitam-se à multa de 2%, além dos juros legais e da atualização monetária, pelo IPCA / IBGE (caso seja extinto, pelo INPC/IBGE), contados a partir da data em que a indenização ou capital segurado deveriam ter sido pagos, exceto no caso de reembolso de despesas, em que a atualização monetária será a partir da data do efetivo desembolso.
- 14.1.7** Em apurando **existência de sinistro coberto e de quantias parciais a pagar**, a Seguradora **adiantará os respectivos valores, por conta do pagamento final, ao Segurado ou ao beneficiário, no prazo máximo de 30 (trinta) dias.**
- 14.2 Junta Médica**
- 14.2.1** No caso de divergências sobre a causa, natureza, diagnóstico ou extensão das lesões ou da doença, bem como a avaliação da incapacidade, a Seguradora deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica.
- 14.2.1.1** A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e, um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
- 14.2.1.2** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 14.3 Perícia da Seguradora**
- 14.3.1** A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos em que houver dúvida fundada e justificável para comprovar a ocorrência do sinistro nos termos destas Condições Gerais.
- 14.3.2** O Segurado autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico hospitalar, envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete a zelar pela confidencialidade das mesmas.
- 14.3.3** Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da Indenização, cancelará o respectivo contrato de Seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e Indenizações pagas, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

15. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL

15.1 Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do Seguro individual:

- a) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;**
- b) com a morte do Segurado Principal;**
- c) com o recebimento do Capital Segurado relativo à cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL) e Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF);**
- d) por solicitação do Segurado Principal, mediante comunicação por escrito;**
- e) com o cancelamento ou final de vigência, sem renovação, da Apólice Mestra.**

15.2 Além das hipóteses já elencadas, o Segurado Dependente também perderá esta qualidade:

- a) se for cancelada a respectiva cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos;**
- b) se cessar a condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicada à Seguradora;**
- c) a pedido do Segurado Principal;**
- d) com a inclusão do Dependente no Seguro na condição de Segurado Principal.**

16. CANCELAMENTO DO SEGURO

A Apólice Mestra será cancelada:

- 16.1 por acordo entre o Estipulante e a Seguradora mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do Grupo Segurado, respeitando o aviso prévio de 60 (sessenta) dias.**

17. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

17.1 Além dos casos previstos em Lei, a Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos, dependentes ou beneficiários nas seguintes hipóteses:

17.2 Provocar dolosamente o sinistro ou agir com culpa grave equiparável a dolo, ou agir de má-fé, ou procurar, por qualquer meio, obter benefícios ilícitos, quer seja por ação própria ou em conjunto com terceiros:

17.2.1 Se agravar intencionalmente e de forma relevante o risco objeto do contrato de seguro:

- a) Será relevante o aumento que conduza ao aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito no questionário de avaliação de risco ou da severidade dos efeitos de tal realização;**
- b) Será continuado quando o ato do Segurado perdurar por minutos, horas, e ou dias, não necessitando ter sido reiterado anteriormente.**

- 17.2.2 O segurado está obrigado a comunicar à seguradora, tão logo dele tome conhecimento, qualquer fato suscetível de agravar de maneira relevante o risco coberto:**
- 17.2.2.1 Ciente do agravamento, a seguradora poderá, no prazo de 20 (vinte) dias, cobrar a diferença de prêmio:**
- a) Se o Segurado culposamente deixar de comunicar a Seguradora sobre agravamento relevante do risco, o Segurado fica obrigado ao pagamento da diferença do prêmio apurada;**
 - b) Se, em consequência do relevante agravamento do risco, o aumento do prêmio for superior a 10% (dez por cento) do valor originalmente pactuado, o segurado poderá recusar a modificação no contrato, resolvendo-o no prazo de 15 (quinze) dias, contado da ciência da alteração no prêmio, com eficácia desde o momento em que o estado de risco foi agravado.**
- 17.3 Se, dolosamente deixar de tomar toda e qualquer providência que seja de sua obrigação ou que estejam ao seu inteiro alcance, no sentido de evitar, reduzir ou não agravar os prejuízos resultantes de um sinistro.**
- 17.4 Se o segurado, o estipulante, ou seu corretor de seguros ou representante, dolosamente fizer declarações inexatas ou omitir informações que possam influir direta ou indiretamente no conhecimento, análise e aceitação do risco e na fixação da taxa para cálculo do valor do prêmio do seguro, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas efetuadas pela seguradora.**
- 17.5 Se o descumprimento do dever de informar se der de forma culposa ocorrerá a redução da garantia proporcionalmente à diferença entre o prêmio pago e o que seria devido caso prestadas as informações posteriormente reveladas.**
- 17.6 Se diante dos fatos não revelados, a garantia for tecnicamente impossível ou se tais fatos corresponderem a um tipo de interesse ou risco que não seja normalmente subscrito pela Seguradora, o contrato será extinto – sem pagamento de qualquer indenização securitária ou capital segurado – sem prejuízo da obrigação do Segurado de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.**
- 17.7 Se ao tomar ciência do sinistro ou da iminência do seu acontecimento, com objetivo de evitar prejuízos à Seguradora o Segurado dolosamente deixar de adotar as medidas estabelecidas nos incisos I, II e III do art. 66 da Lei 15.040/2024, incorrerá em perda do direito à indenização securitária ou capital pactuado, sem prejuízo da dívida de prêmio e da obrigação de ressarcir as despesas incorridas pela Seguradora.**
- 17.8 Se o descumprimento das medidas estabelecidas nos incisos I, II e III do art. 66 da Lei 15.040/2024 se der culposamente, culminará em perda do direito à indenização do valor equivalente aos danos decorrentes da omissão.**
- 17.9 For omissa ou inerte quanto a entrega de documentos solicitados pela Seguradora, culminando na inconclusão do procedimento de regulação e liquidação de sinistros.**

17.10 Não haverá direito à indenização securitária, sinistros cuja causa e ou enquadramento de cobertura não forem possíveis de serem apurados e ou concluídos, durante o processo de regulação e liquidação de sinistros.

18. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

18.1 Constituem obrigações do estipulante:

- I - fornecer à TOKIO MARINE todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;**
- II - manter a TOKIO MARINE informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados e alterações na natureza do risco coberto, de acordo com o definido contratualmente;**
- III - fornecer ao segurado, sempre que solicitado, informações relativas ao seguro contratado;**
- IV - repassar os prêmios à sociedade seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente, caso seja responsável pelo recolhimento dos prêmios;**
- V - repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice coletiva, quando for responsável por tais ações;**
- VI - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da TOKIO MARINE responsável pelo risco nos documentos, comunicações e materiais de comercialização e publicidade referentes ao seguro;**
- VII - comunicar, de imediato, à TOKIO MARINE, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;**
- VIII - dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;**
- IX - comunicar, de imediato, à Susep, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;**
- X - fornecer à Susep quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;**
- XI - o estipulante deverá cumprir as obrigações e os deveres do contrato, salvo os que por sua natureza devam ser cumpridos pelo segurado ou pelo beneficiário;**
- XII - além de outras atribuições que decorram de lei ou de convenção, assistir o segurado ou o beneficiário durante a execução do contrato.**

18.2 É expressamente vedado ao estipulante e ao sub-estipulante:

- I - cobrar dos segurados, nos seguros contributários, quaisquer valores relativos ao seguro além dos especificados pela TOKIO MARINE; e**
- II - efetuar publicidade e promoção do seguro sem prévia anuência da TOKIO MARINE 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.**

19. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA

19.1 O presente Seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

19.1.1 Para manter o equilíbrio técnico do Seguro e sempre que possível, as taxas serão reavaliadas anualmente tendo como base a experiência da Seguradora.

19.2 Qualquer modificação da apólice em vigor, inclusive nas taxas do Seguro, que implique em ônus ou dever para os Segurados dependerá da anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo Segurado.

19.2.1 A alteração nas Condições Contratuais em vigor deve ser realizada por aditivo à apólice, com concordância expressa e escrita do segurado ou do seu representante.

19.3 A renovação que não implicar em alteração da apólice com ônus ou deveres adicionais para os Segurados ou a redução de seus direitos, poderá ser feita pelo Estipulante.

20. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

20.1 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 condições contratuais e as normas do Seguro.

21. DISPOSIÇÕES GERAIS

21.1 O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios ou Capital Segurado, deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

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

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

22. PRESCRIÇÃO

22.1 Qualquer direito do Segurado, ou do beneficiário, com fundamento na presente Seguro, prescreve nos prazos estabelecidos pela Lei 15.040/2024.

23. DO FORO

23.1 O foro competente para dirimir eventuais questões oriundas do presente Seguro será, sempre, o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

24. CONCEITOS

24.1 Acidente Pessoal

É o evento com data caracterizada e perfeitamente conhecida, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, a sua incapacidade temporária ou que tome necessário tratamento médico, observando que:

24.1.1 Incluem-se, nesse conceito:

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

24.1.2 Excluem-se desse conceito:

- 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 ferimentos visíveis causados em decorrência de acidente coberto;
- as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou micro traumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesões por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e,
- 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, definido no subitem 24.1, acima.

24.2 Agravamento relevante do Risco

Ato que conduza o aumento significativo e continuado da probabilidade de realização do risco descrito no questionário ou da severidade dos efeitos.

24.3 Apólice de Seguro

Documento emitido pela sociedade seguradora que formaliza a aceitação das coberturas ajustadas entre as partes, nos planos individuais (apólice individual), ou pelo estipulante, nos planos coletivos (apólice coletiva).

24.4 Beneficiários

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

24.5 Capital Segurado

Valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

24.6 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 ao recebimento dos capitais segurados contratados.

24.7 Carregamento

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

24.8 Condições Contratuais

Conjunto de disposições que regem a contratação de um mesmo plano de seguro, também denominadas condições gerais e especiais.

24.9 Condições Especiais

Conjunto de cláusulas que complementam ou alteram as Condições Gerais do Contrato de Seguro, ampliando ou restringindo as Coberturas.

24.10 Condições Particulares

Cláusulas que alteram as Condições Gerais e/ou as Condições Especiais do Contrato de Seguro, com a finalidade de destacar, modificar ou particularizar aspectos da Cobertura do seguro, quer em relação ao Segurado, quer em relação a determinado Risco. As Condições Particulares podem aumentar ou diminuir o nível de abrangência das Coberturas contratadas.

24.11 Condições Gerais

São as cláusulas destinadas a estabelecer os termos e condições contratuais deste Seguro e representando os direitos e as obrigações inerentes às partes contratantes, segurado e seguradora.

24.12 Contrato

É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a sociedade Seguradora, que estabelece as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da Seguradora, dos Segurados, e dos beneficiários.

24.13 Corretor de Seguros

O corretor de seguros configura-se como interessado na relação contratual securitária. Ele é o profissional que participa ativamente da formação do contrato, representando o segurado e intermediando a negociação com a seguradora, prestando informações fidedignas e completas para a análise do risco e repassando aos segurados os documentos e informações disponibilizadas pela seguradora, sempre que pertinente, dentro do prazo legal. Seu interesse é econômico, pelo direito à comissão, e jurídico, em razão do dever de atuar com boa-fé e lealdade na prestação de informações entre as partes da relação contratual.

24.14 Diária Contratada

Indenização por dia de internação hospitalar, contratada pelo Segurado e Estipulada na Proposta de Adesão, independentemente do valor das despesas médicas e hospitalares efetuadas no tratamento.

24.15 Documentos contratuais

É a apólice e o endosso do seguro.

24.16 Doença Pré Existente

Doença acometida e de conhecimento do Segurado em momento anterior à contratação do seguro. e não declarada na Proposta de Contratação.

24.17 Estipulante

É a pessoa que contrata este Seguro em proveito dos Segurados, ficando investida dos poderes de representação destes perante a SEGURADORA, nos limites da legislação pertinente e das disposições contratuais.

24.18 Endosso

Documento emitido pela Seguradora, por intermédio do qual são alterados dados e condições de uma apólice, de comum acordo com o Segurado.

24.19 Evento Coberto

É o acontecimento futuro e incerto, previsto nas coberturas do Seguro, ocorrido durante sua vigência e não excluído nas Condições Gerais do Contrato de Seguro, capaz de acarretar obrigações pecuniárias à Seguradora em favor do Segurado ou de seus Beneficiários.

24.20 Franquia

É o período de tempo não considerado para cálculo do pagamento da Diária Contratada, contado a partir da caracterização do sinistro coberto.

24.21 Grupo Segurado

É aquele constituído pelos componentes do Grupo Segurável, regularmente aceitos e incluídos no Seguro, nos termos destas Condições Gerais.

24.22 Grupo Segurável

É aquele constituído pela totalidade das pessoas físicas que mantêm vínculo com o Estipulante que, estando em boas condições de saúde, podem aderir ou ser incluídas no Seguro, desde que preencham os demais requisitos estabelecidos nestas Condições Gerais e no Contrato.

24.23 Indenização

É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.

24.24 Início de vigência

É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora

24.25 Limite de Diárias

É a quantidade máxima de diárias que o Segurado fará jus, a contar do 16º (décimo sexto) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais (data do sinistro), por evento, limitado a 180 (cento e oitenta) diárias por evento. Cada diária corresponderá a uma fração do valor da renda mensal contratada.

24.26 Médico Assistente

É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina, obrigatoriamente inscrito no CRM (Conselho Regional de Medicina). Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, parentes consanguíneos ou afins com vínculo de dependência econômica ou ainda que residam sob o mesmo teto.

24.27 Prêmio

Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.

24.28 Proponente

É a pessoa física que propõe a sua adesão ao Seguro e que passará a condição de Segurado Principal somente após a sua aceitação pela Seguradora.

24.29 Proposta de Contratação

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. Cotações e documentos como, mas não se limitando a e-mails, tabelas de Excel e ou notificações, emitidos e ou recebidos durante a fase de negociação de um contrato de seguro, não serão considerados como uma Proposta de Seguro.

24.30 Regime Financeiro de Repartição Simples

É aquele através do qual se repartem ou se dividem entre os Segurados, num período considerado, os custos decorrentes da cobertura dos eventos cobertos e das despesas de comercialização e administração, apurados neste mesmo período.

24.31 Segurados

Pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro podendo ser subdivididos em:

24.31.1 Segurados Principais

São os que mantêm vínculo com o Estipulante, regularmente incluídos e aceitos no Seguro.

24.31.2 Segurados Dependentes

São o cônjuge ou a(o) companheira(o) e os filhos do Segurado Principal regularmente incluídos no Seguro.

24.31.2.1 São considerados filhos do Segurado Principal, **para fins deste Seguro**, os seguintes dependentes econômicos:

- I - o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- II - filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24 anos;
- III - o menor pobre, de até 21 (vinte e um) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
- IV - o irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- V - irmão(ã), neto (a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 anos até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até 21 anos;
- VI - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

24.32 Seguradora

É a sociedade Seguradora devidamente autorizada a comercializar Seguros, que, mediante o recebimento do respectivo prêmio garante os riscos previstos no contrato.

24.33 Regulação e Liquidação de Sinistro

Processos que têm, respectivamente, por objetivo identificar as causas e os efeitos do fato comunicado pelo interessado e quantificar em dinheiro os valores devidos pela seguradora.

24.34 Sinistro Coberto

Ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro. Sinistro indenizável pelas coberturas efetivamente contratadas na apólice, ou seja, que se enquadre objetivamente na descrição da cobertura contratada, e desde que não incida qualquer hipótese de perda de direitos, riscos excluídos ou, ainda, prescrição.

24.35 Tratamento Cirúrgico

São aqueles decorrentes de eventos que exijam ato cirúrgico em regime de internação hospitalar.

24.36 Tratamentos Clínicos

São aqueles decorrentes de eventos que, por sua gravidade ou complexidade, exigem internações hospitalares, sem, contudo, implicarem em ato cirúrgico.

24.37 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.

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL
I. CONDIÇÕES ESPECIAIS – COBERTURA BÁSICA MORTE

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Contrato.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. Indicação

O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

4.2. Alteração de Beneficiários

4.2.1. O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

4.2.2. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

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

4.2.5 É lícita a substituição do beneficiário do seguro por meio de pedido de alteração de beneficiário ou por declaração de última vontade.

4.2.6 A seguradora não cientificada da substituição será exonerada pagando ao antigo beneficiário.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
*Documento necessário quando o acionamento for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente;
- b) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- c) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Cartão CNPJ / Contrato Social (última atualização) / MEI (para apólices de Capital Global ou quando houver a cobertura de Verbas Rescisórias contratada);
- b) Dados bancários da empresa/estipulante (quando houver a cobertura de Verbas rescisórias contratada)
- c) Ficha de registro de empregado e Exame admissional;
- d) Termo de rescisão contratual (quando houver a cobertura de Verbas Rescisórias contratada).

III. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- c) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- d) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito (Ex.: Ultrassonografia, Anatomopatológico, Ressonância magnética, Ecocardiograma, Exames laboratoriais, Radiografias, entre outros);
- e) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- f) Prontuário médico hospitalar em caso de falecimento no hospital ou em caso de internações anteriores ao óbito;
- g) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, inclusive de doenças e tratamentos anteriores ao falecimento;
*Este documento pode ser substituído por declaração de próprio punho do médico assistente, constando todo o histórico médico do segurado, com diagnósticos, datas e tratamentos realizados e acompanhado dos exames informados.

IV. Dos beneficiários/herdeiros legais:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
*Documento necessário quando o acionado for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente.
- b) CPF dos beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Declaração de beneficiários assinada pelo próprio segurado na contratação;
*Na ausência deste documento ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art.1829 do Código Civil;
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- e) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item “c”).

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

V. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- b) Dados bancários dos beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos beneficiários/herdeiros);
- c) Termo de Autorização de crédito em favor de menor de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade, assinado pelo responsável legal ou tutor definitivo;
- d) Termo de cessão de direitos assinado por um ou mais beneficiários/herdeiros que desejem abdicar de sua cota-parte da indenização em favor de outro beneficiário/herdeiro;
- e) Termo de divisão de Cesta alimentação (quando houver a cobertura de Cesta Alimentação ou Cesta Básica contratada);
- f) Termo de Guarda / Termo de Tutela / Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, em caso de beneficiários/herdeiros menor(es) de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade.

Obs.: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos complementares que comprovem a condição de beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL

II. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE - IEA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Contrato.** As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual a data do acidente.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. Indicação

O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

4.2. Alteração de Beneficiários

4.2.1 O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

4.2.2 Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

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

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
*Documento necessário quando o acionamento for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente.
- b) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- c) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado;
- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Cartão CNPJ / Contrato Social (última atualização) / MEI (para apólices de Capital Global ou quando houver a cobertura de Verbas Rescisórias contratada);
- b) Dados bancários da empresa/estipulante (quando houver a cobertura de Verbas rescisórias contratada);
- c) Ficha de registro de empregado e Exame admissional;
- d) Termo de rescisão contratual (quando houver a cobertura de Verbas Rescisórias contratada).

III. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de ocorrência da data do evento;
- b) Certidão de Óbito;
- c) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de evento ocorrido dentro da empresa ou durante trajeto para trabalho x residência e vice-versa;
- d) Croqui do local do acidente;
- e) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- f) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- g) Exame de Dosagem Alcoólica (IML) em caso do segurado ser o condutor do veículo. Na ausência deste documento, enviar Declaração de órgão Policial ou IML, informando o motivo da não realização do exame;
- h) Exame Toxicológico (IML) em caso do segurado ser o condutor do veículo. Na ausência deste documento, enviar Declaração de órgão Policial ou IML, informando o motivo da não realização do exame;
- i) Laudo de Necropsia ou Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- j) Prontuário médico hospitalar em caso do segurado ter sido socorrido;
- k) Peças de Inquérito Policial, em caso de morte suspeita;
- l) Termo de reconhecimento do cadáver – nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

IV. Dos beneficiários/herdeiros legais:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
*Documento necessário quando o acionado for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente.
- b) CPF dos beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Declaração de beneficiários assinada pelo próprio segurado na contratação:
*Na ausência deste documento ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art.1829 do Código Civil.
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- e) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item “c”).

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

V. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- b) Dados bancários dos beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos beneficiários/herdeiros);
- c) Termo de Autorização de crédito em favor de menor de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade, assinado pelo responsável legal ou tutor definitivo;
- d) Termo de cessão de direitos assinado por um ou mais beneficiários/herdeiros que desejem abdicar de sua cota-parte da indenização em favor de outro beneficiário/herdeiro;
- e) Termo de divisão de Cesta alimentação (quando houver a cobertura de Cesta Alimentação ou Cesta Básica contratada);
- f) Termo de Guarda / Termo de Tutela / Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, em caso de beneficiários/herdeiros menor(es) de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade.

Obs.: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos complementares que comprovem a condição de beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL
III. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR
ACIDENTE - IPA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao próprio Segurado o pagamento de uma indenização, nas hipóteses e graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 1.10)**, proporcional ao valor do Capital Segurado contratado para esta Cobertura, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, caso haja perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, **quando da alta médica definitiva, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Contrato.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.1.1. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

1.1.1.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

1.2. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial será calculada pela aplicação, à percentagem prevista na Tabela para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado. Na falta de indicação da percentagem de redução funcional apresentada e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

1.3. Nos casos não especificados na tabela, a indenização por invalidez será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

1.4. Quando de um mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado nesta Cobertura.

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

1.6. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

1.7. A perda de dentes e os danos estéticos não darão direito a indenização por invalidez permanente por acidente.

1.8. As indenizações previstas para as coberturas Básica de Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela cobertura Básica de Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

1.9. A reintegração do Capital Segurado para a hipótese de invalidez permanente parcial por acidente será automática quando da ocorrência do sinistro, salvo para invalidez permanente direta ou indiretamente decorrente do mesmo acidente, sem cobrança de prêmio adicional.

1.10. Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
INVALIDEZ PERMANENTE	DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE 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 e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25



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 indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	
PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 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.	

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual a data do acidente.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do Segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de Registro do empregado e Exame Admissional;
- b) Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) do médico do trabalho informando sobre a aptidão do funcionário para retorno as suas atividades laborativas, levando em consideração o acidente sofrido;
- c) Declaração da empresa/estipulante dando ciência de acionamento do seguro diretamente pelo segurado ou seu representante.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de ocorrência da data do evento, com a descrição do acidente;
- b) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de evento ocorrido dentro da empresa ou durante trajeto para trabalho x residência e vice-versa;
- c) Croqui do local do Acidente;
- d) Declaração de atendimento/resgate do SAMU, ou órgão responsável pelo socorro da vítima;
- e) Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Exames de diagnóstico e imagem, que evidenciem a sequela deixada pelo acidente (data do evento e atual). Ex.: Radiografias, Ressonância magnética, Tomografia, Eletroencefalografia, entre outros;
- g) Laudo emitido por médico especialista Fisioterapeuta/Ortopedista, esclarecendo a quantidade de sessões propostas para tratamento e recuperação, bem como informando a perda funcional (em %) do membro(s) afetado(s) e após esgotados todos os recursos médicos/terapêuticos/cirúrgicos;
- h) Prontuário hospitalar completo do atendimento inicial, bem como de todos os atendimentos e tratamentos realizados, como cirurgias/internações devidamente emitido pelo hospital que foi atendido/socorrido/tratado;
- i) Relatório médico realizado através de consulta presencial devidamente preenchido/declarado, assinado e carimbado pelo médico assistente (responsável pelo tratamento e acompanhamento da lesão), detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez (em %) por membro(s) afetado(s) e após a alta médica definitiva e com a confirmação se todos os tratamentos médicos disponíveis para recuperação da sequela foram esgotados;
- j) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

Nota:

- a) Não serão aceitos laudos/relatórios emitidos por teleconsulta/perícia, nem tampouco, documentos de médicos que não seja o responsável pelo atendimento/tratamento/acompanhamento do segurado;
- b) Em caso de tratamento conservador (sem cirurgia ou outros tratamentos), médico assistente deve esclarecer e fundamentar a caracterização da sequela definitiva.

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº de agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco nacional e de titularidade do segurado)
- b) Em caso de o segurado em decorrência da lesão sofrida ser considerado incapaz e com perda cognitiva que o impeça de exercer atos da vida civil:
 - ✓ Termo de Curatela/Termo de Interdição judicial definitivos e/ou Alvará Judicial com informação expressa de pagamento da indenização em favor do segurado/curador
 - ✓ Termo de autorização de crédito em favor do segurado/curador
 - ✓ Comprovante de residência nominal ao tutor (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
 - ✓ CPF do tutor (em caso de não constar em outro documento de identificação);
 - ✓ Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do tutor.

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL

IV. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE - IPTA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, no caso de perda ou impotência funcional definitiva, **total**, de membros ou órgãos, nas hipóteses estabelecidas no **item 1.1.1**, em virtude de lesão física causada por acidente coberto, mediante comprovação por laudo médico e desde que tais lesões sejam insuscetíveis de reabilitação ou recuperação pelos meios terapêuticos disponíveis no momento de sua contratação, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Contrato.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.1.1. Considera-se Invalidez Permanente Total por Acidente as ocorrências descritas abaixo:

- Perda total da visão de ambos os olhos
- 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 incurável

1.2. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A SEGURADORA reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

1.2.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

1.3. Em caso de perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, o grau de invalidez preexistente será percentualmente deduzido do grau de invalidez definitiva.

1.4. As indenizações previstas para as coberturas Básica de Morte e Invalidez Permanente por Acidente não se acumulam, em consequência de um mesmo acidente. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização pela cobertura de Básica de Morte será deduzida a importância já paga por Invalidez Permanente por Acidente.

1.5. Ocorrerá a cessação desta cobertura com o recebimento do Capital Segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITALS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual a data do acidente.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do Segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de Registro do empregado e Exame Admissional;
- b) Atestado de Saúde Ocupacional (ASO) do médico do trabalho informando sobre a aptidão do funcionário para retorno às suas atividades laborativas, levando em consideração o acidente sofrido;
- c) Declaração da empresa/estipulante dando ciência de acionamento do seguro diretamente pelo segurado ou seu representante.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de ocorrência da data do evento, com a descrição do acidente;
- b) Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) em caso de evento ocorrido dentro da empresa ou durante trajeto para trabalho x residência e vice-versa;
- c) Croqui do local do Acidente;
- d) Declaração de atendimento/resgate do SAMU, ou órgão responsável pelo socorro da vítima;
- e) Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Exames de diagnóstico e imagem, que evidenciem a sequela deixada pelo acidente (data do evento e atual). Ex.: Radiografias, Ressonância magnética, Tomografia, Eletroencefalografia, entre outros;
- g) Laudo emitido por médico especialista Fisioterapeuta/Ortopedista, esclarecendo a quantidade de sessões propostas para tratamento e recuperação, bem como informando a perda funcional (em %) do membro(s) afetado(s) e após esgotados todos os recursos médicos/terapêuticos/cirúrgicos;
- h) Prontuário hospitalar completo do atendimento inicial, bem como de todos os atendimentos e tratamentos realizados, como cirurgias/internações devidamente emitido pelo hospital que foi atendido/socorrido/tratado;
- i) Relatório médico realizado através de consulta presencial devidamente preenchido/declarado, assinado e carimbado pelo médico assistente (responsável pelo tratamento e acompanhamento da lesão), detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez (em %) por membro(s) afetado(s) e após a alta médica definitiva e com a confirmação se todos os tratamentos médicos disponíveis para recuperação da sequela foram esgotados;
- j) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

Nota:

- a) Não serão aceitos laudos/relatórios emitidos por teleconsulta/perícia, nem tampouco, documentos de médicos que não seja o responsável pelo atendimento/tratamento/acompanhamento do segurado;
- b) Em caso de tratamento conservador (sem cirurgia ou outros tratamentos), médico assistente deve esclarecer e fundamentar a caracterização da sequela definitiva.

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº de agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco nacional e de titularidade do segurado);
- b) Em caso de o segurado em decorrência da lesão sofrida ser considerado incapaz e com perda cognitiva que o impeça de exercer atos da vida civil:
 - ✓ Termo de Curatela/Termo de Interdição judicial definitivos e/ou Alvará Judicial com informação expressa de pagamento da indenização em favor do segurado/curador;



**TOKIOMARINE
SEGURADORA**

NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA

- ✓ Termo de autorização de crédito em favor do segurado/curador;
- ✓ Comprovante de residência nominal ao tutor (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
- ✓ CPF do tutor (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- ✓ Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do tutor.

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL
V. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR
DOENÇA IPDL

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao próprio Segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado individual contratado para a cobertura morte, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, em caso de sua invalidez laborativa total e permanente por doença, exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Contrato.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.1.1. Para contratação desta cobertura deverá haver obrigatoriamente a contratação da cobertura morte.

1.2. Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação, com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para a atividade laborativa principal do Segurado.

1.2.1. Atividade laborativa principal é aquela através da qual o Segurado obteve maior renda, considerando-se o exercício anual imediatamente anterior à constatação de sua invalidez ou imediatamente anterior ao afastamento de suas atividades laborativas por motivo da doença que acarretou a sua invalidez.

1.3. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doenças em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

1.4. Considera-se Paciente Terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 6 (seis) meses da data do diagnóstico.

1.4.1. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do Segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes.

1.5. A invalidez laborativa por doença deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso ele a tanto se negue.

1.6. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

1.7. Não podem configurar como Segurados, para a cobertura de invalidez laborativa permanente total por doença, pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, sendo vedado o oferecimento e a cobrança de prêmio para o seu custeio, por parte da Seguradora.

1.8. Ocorrendo a invalidez laborativa total e permanente por doença, poderá o Segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura morte, o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez laborativa total e permanente por doença devidamente coberta, **imediate e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual.** Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data da caracterização da invalidez serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do Capital Segurado.

1.8.1. Na hipótese do item anterior, não ficando comprovada a Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença, o Seguro continuará em vigor, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.**

1.9. Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do Segurado devidamente coberta, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).

1.10. A cobertura de Invalidez Laborativa Total e Permanente por Doença não se acumula com nenhuma outra cobertura.

1.11. Ocorrerá a cessação desta cobertura com o recebimento do Capital Segurado.

2. CAPITAIS SEGURADOS

2.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

2.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.

2.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual a data em que a invalidez restou caracterizada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora.

3. BENEFICIÁRIO

3.1. O Beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado.

4. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

4.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;

- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado;
- d) DPS – Declaração Pessoal de saúde, com a data da contratação e assinado pelo segurado (quando houver).

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de registro de empregado e Exame admissional;
- b) Comprovações de renda (holerite da data do evento);
- c) Declaração da empresa com descrição da função exercida até a data do evento e se o mesmo foi ajustado para outra função.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Declaração expressa sobre a existência (ou não) de **invalidez permanente e total para o exercício da atividade profissional habitual**, bem como se há **caráter irreversível da condição**;
- e) Exames laboratoriais realizados para diagnóstico e acompanhamento da doença;
- f) Exames de imagem realizados para diagnóstico e acompanhamento da doença;
- g) Exames Anatomopatológicos/Histoquímicos/Histopatológico em casos de diagnóstico de neoplasias e cânceres de qualquer tipo;
- h) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem como avaliação da capacidade funcional atual e prognóstico;
- i) Carta de Concessão do INSS (afastamento e aposentadoria);
- j) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

IV. Para indenização:

- a) CPF tutor/curador (em caso de não constar em outro documento de identificação) e em casos de o segurado ter sido considerado incapaz e com comprovação de perda cognitiva;
- b) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- c) Dados bancários do tutor/curador (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do beneficiário);
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do tutor/curador e em casos de o segurado ter sido considerado incapaz e com comprovação de perda cognitiva;
- e) Termo de Autorização de crédito em favor do segurado sendo estes diagnosticado com perda cognitiva, assinado pelo tutor definitivo;
- f) Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, do segurado ser diagnosticado com perda cognitiva.

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL
VI. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR
DOENÇA FUNCIONAL – IPD-F

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao próprio Segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado individual contratado para a cobertura morte, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, em caso de sua invalidez total e permanente por doença funcional, **exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e destas Condições Especiais.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.1.1. Para contratação desta cobertura deverá haver obrigatoriamente a contratação da cobertura morte.

1.2. Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional aquela que cause a Perda da Existência Independente do Segurado.

1.2.1. Para todos os efeitos desta cobertura é considerada perda da existência independente do Segurado 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 do Seguro.

1.3. Está coberta a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
- c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual, decorrente de doença:
 - Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

h) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado. Considera-se Paciente Terminal o portador de doença para a qual foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis e que apresente estado clínico grave, sem perspectiva de recuperação e para o qual haja expectativa de morte num prazo em torno de 6 (seis) meses da data do diagnóstico. A prova consistirá em atestado emitido por médico devidamente habilitado, especialista na patologia caracterizada, indicando o tempo esperado de sobrevida do Segurado. Este atestado deverá estar acompanhado do histórico da patologia, diagnóstico conclusivo e exames pertinentes;

i) Estados mórbidos, decorrentes de doença, a seguir relacionados:

- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
- Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.

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

1.5. A Seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por documentos médicos que apenas caracterizem incapacidade parcial e ou de natureza profissional.

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

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

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

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

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

DOCUMENTO 1

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00

	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONECTIVIDADE E DO SEGURADO COM A VIDA	1º GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00

	2º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3º GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

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

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

DOCUMENTO 2
TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

1.6. Ocorrendo a invalidez total e permanente por doença funcional, poderá o Segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura morte, o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez total e permanente por doença funcional devidamente coberta, **imediate e automaticamente extingue a cobertura para o caso de morte, bem como o Seguro Individual.** Nesta hipótese, os prêmios pagos a partir da data da caracterização da invalidez serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do Capital Segurado.

1.7. Na hipótese do item anterior, não ficando comprovada a Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional, o Seguro continuará em vigor, **observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Contrato sem qualquer devolução de prêmios.**

1.8. Inexistindo o requerimento, o capital contratado, quando da morte do Segurado devidamente coberto, será regularmente pago ao(s) beneficiário(s).

1.9. A cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença Funcional (IPDF) não se acumula com nenhuma outra cobertura.

1.10. Ocorrerá a cessação desta cobertura com o recebimento do Capital Segurado.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos da cobertura de Invalidez Permanente Total por Doenças Funcional (IPDF), ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

- a) perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;**
- b) Os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional; e**
- c) a doenças cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismos.**

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual a data em que a invalidez restou caracterizada através de declaração médica idônea aceita pela Seguradora.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de registro de empregado e Exame admissional.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem como a data da caracterização da invalidez e/ou quando a doença se tornou irreversível;
- b) Exames laboratoriais realizados para diagnóstico e acompanhamento da doença;
- c) Exames de imagem realizados para diagnóstico e acompanhamento da doença;
- d) Exames Anatomopatológicos/Histoquímicos/Histopatológico em casos de diagnóstico de neoplasias e cânceres de qualquer tipo;
- e) Carta de Concessão do INSS (afastamento e aposentadoria);
- f) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

IV. Para indenização:

- a) CPF tutor/curador (em caso de não constar em outro documento de identificação) e em casos de o segurado ter sido considerado incapaz e com comprovação de perda cognitiva;
- b) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- c) Dados bancários do tutor/curador (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do beneficiário);
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do tutor/curador e em casos de o segurado ter sido considerado incapaz e com comprovação de perda cognitiva;
- e) Termo de Autorização de crédito em favor do segurado sendo estes diagnosticado com perda cognitiva, assinado pelo tutor definitivo;
- f) Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, do segurado ser diagnosticado com perda cognitiva.

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL
VII. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DIÁRIA DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR
ACIDENTE OU DOENÇA – DIT

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada esta cobertura, no caso de Incapacidade Total, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, **por período superior a 15 dias**, de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, **causada única e exclusivamente por acidente pessoal ou doença devidamente coberto**, a Seguradora pagará ao próprio Segurado, para cada dia de afastamento, o valor da diária contratado, **até o limite máximo de diárias estabelecido no contrato, exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o período de carência bem como o disposto nestas Condições Gerais e no Contrato.**
As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2. Caso o Segurado venha a falecer, seja por morte acidental, seja por morte natural, **extingue-se, imediatamente, a presente cobertura, não sendo devido qualquer pagamento referente às diárias por incapacidade temporária a partir da data do óbito.**

1.3. O limite máximo de diárias, o valor e a forma de pagamento serão definidos no Contrato, sempre por ano de vigência para um ou mais sinistros ocorridos no mesmo período contratual.

1.3.1. O limite máximo de diárias para contratação não poderá ultrapassar 180 (cento e oitenta), por evento, sendo que cada diária corresponderá a uma fração do valor da renda mensal contratada.

1.4. **As diárias por incapacidade serão devidas a partir do 16º dia**, inclusive, da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, **caso o Segurado a tanto se negue.**

1.5. Caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, ficará automaticamente extinta a presente cobertura.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais estão expressamente excluídos da cobertura de Diária de Incapacidade Temporária por Acidente ou Doença (DIT), os eventos e internações decorrentes de:

- a) Acidentes ou doenças diagnosticadas em data anterior ao início de vigência da apólice;**
- b) Lesão por esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares crônicos relacionados ao trabalho (DORT) e fibromialgia;**
- c) Doenças crônicas diagnosticadas como: artrite reumatoide, osteoartrose, as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, dorsalgias e cervicalgias;**

- d) Ferimentos auto infligidos, de caráter temporário ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;
- e) Lesões ou sequelas decorrentes da tentativa de suicídio ocorridas nos 02 (dois) primeiros anos de cobertura da apólice;
- f) Doenças psiquiátricas ou mentais quaisquer que sejam suas causas;
- g) Tratamento para dependentes químicos por drogas proibidas ou álcool, desde que a causa seja tão somente esta ou juntamente com outra doença excluída neste Contrato de Seguro;
- h) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);
- i) Quaisquer tratamentos por motivos de senilidade;
- j) Tratamento para doenças degenerativas em geral como, Mal de Parkinson e Mal de Alzheimer, não limitadas à estas;
- k) Tratamento que vise o combate à obesidade em suas várias modalidades, exceto se por tratamento cirúrgico;
- l) Cirurgias plásticas com finalidade estética ou embelezadoras;
- m) Gravidez, parto e suas consequências, exceto quando houver complicações decorrentes de acidente;
- n) Abortos provocados ou não e suas consequências, exceto quando desencadeado por acidente pessoal;
- o) Epidemias, endemias e pandemias, declaradas por órgão competente;
- p) Atos ilícitos dolosos ou contrários à lei, que acarretem lesões ou sequelas;
- q) Acidentes provocados por Segurados não habilitados, em veículos ou embarcações motorizadas.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, na Cobertura de Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (DIT), a data do afastamento.

4. CARÊNCIA

4.1. Haverá carência de 3 (três) meses contados à partir da data de início da vigência individual para a Cobertura de Diárias de Incapacidade Total (DIT), exclusivamente se decorrente de doença.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. O Beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de registro de empregado e Exame admissional;
- b) Comprovantes de renda (holerite da data do evento);
- c) **Empregador com vínculo empregatício:** carteira profissional com as páginas iniciais, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso;
- d) **Para proprietários de estabelecimento:** contrato social atualizado;
- e) **Funcionário:** Carteira Profissional com as páginas iniciais, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exames médicos expedida pelo INSS, quando for o caso;
- f) **Sócios Proprietários:** Contrato Social atualizado.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Atestados emitidos pelo médico assistente informando o período de afastamento;
- b) Boletim de ocorrência (em casos de acidentes que não sejam relacionados ao trabalho);
- c) Carta de Concessão do INSS (afastamento);
- d) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- e) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza do afastamento, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem informações do período de afastamento;
- f) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- g) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

6.2 Para aposentados, documentos que comprovem sua aposentadoria e o motivo da mesma, ou seja, se foi por tempo de serviço, doença ou outras, de forma que haja clareza inclusive quanto a data do pedido e do deferimento da aposentadoria.

Importante: Quando os documentos e relatos apresentados gerarem dúvida fundada e justificável para definir a data do evento, solicitaremos ao Segurado uma declaração detalhada do acidente. Referida declaração deverá ser assinada por 02 testemunhas isentas. Não se aceitará como testemunhas pessoas do mesmo local de trabalho do Segurado/família.

6.2.1 Este documento deve estar com firma reconhecida da assinatura do Segurado e testemunhas.

6.2.2 Caso seja necessário, podem ser realizadas perícias e até Junta Médica, com a finalidade de definir o evento.

6.2.3 O Segurado, desde já, autoriza a Seguradora a obter as informações e documentos que julgar necessários à elucidação de qualquer assunto que se relacione com o presente Seguro, tais como dados sobre estado de saúde, evolução de lesões ou doenças, dispensando expressamente os médicos e profissionais da saúde, clínicas e hospitais de qualquer dever de sigilo profissional no tocante a informações seu respeito, frente à Seguradora, exclusivamente.

**SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL
VIII.CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE VERBA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR
ACIDENTE E/ OU DOENÇA - VIT**

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada esta cobertura, no caso de Incapacidade Total, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, **por período superior a 30 dias** por evento, de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, **causada única e exclusivamente por acidente pessoal ou doença devidamente coberta**, a Seguradora pagará ao próprio Segurado, uma verba, **até o limite máximo estabelecido no contrato, exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o período de carência bem como o disposto nestas Condições Gerais e no Contrato.**

1.2. A verba por incapacidade será devida a partir do 31º dia, inclusive, da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico. A Seguradora reserva-se no direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, **caso o Segurado a tanto se negue.**

1.3. Caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, ficará automaticamente extinta a presente cobertura.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais estão expressamente excluídos da cobertura de Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ ou Doença (VIT), os eventos e internações decorrentes de:

- a) Acidentes ou doenças diagnosticadas em data anterior ao início de vigência da apólice;
- b) Lesão por esforço repetitivo (L.E.R.) e distúrbios osteomusculares crônicos relacionados ao trabalho (DORT) e fibromialgia;
- c) Doenças crônicas diagnosticadas como: artrite reumatoide, osteoartrose, as lombalgias, lombociatalgias, ciáticas, dorsalgias e cervicalgias;
- d) Ferimentos auto infligidos, de caráter temporário ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;
- e) Lesões ou sequelas decorrentes da tentativa de suicídio ocorridas nos 02 (dois) primeiros anos de cobertura da apólice;
- f) Doenças psiquiátricas ou mentais quaisquer que sejam suas causas;
- g) Tratamento para dependentes químicos por drogas proibidas ou álcool, desde que a causa seja tão somente esta ou juntamente com outra doença excluída neste contrato de Seguro;
- h) Infecções oportunistas e doenças provocadas pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);
- i) Quaisquer tratamentos por motivos de senilidade;
- j) Tratamento para doenças degenerativas em geral como: Mal de Parkinson e Mal de Alzheimer, não limitadas a estas;

- k) Tratamento que vise o combate à obesidade em suas várias modalidades, exceto se por tratamento cirúrgico;
- l) Cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;
- m) Gravidez, parto e suas consequências, exceto quando houver complicações decorrentes de acidente;
- n) Abortos provocados ou não e suas consequências, exceto quando desencadeado por acidente pessoal;
- o) Epidemias, endemias e pandemias, declaradas por órgão competente;
- p) Atos ilícitos dolosos ou contrários à lei, que acarretem lesões ou sequelas;
- q) Acidentes provocados por Segurados não habilitados, em veículos ou embarcações motorizadas.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, na Cobertura de Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (VIT), a data do afastamento.

4. CARÊNCIA

4.1. A cobertura de Verba por Incapacidade Temporária, por Acidente e/ou Doença, estará sujeita ao período de carência definido no Contrato.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. O Beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;

d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;

e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);

b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);

c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

a) Ficha de registro de empregado e Exame admissional;

b) Comprovantes de renda (holerite da data do evento);

c) **Empregador com vínculo empregatício:** carteira profissional com as páginas iniciais, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso;

d) **Para proprietários de estabelecimento:** contrato social atualizado.

III. Do evento/ocorrência:

a) Atestados emitidos pelo médico assistente informando o período de afastamento;

b) Boletim de ocorrência (em casos de acidentes que não sejam relacionados ao trabalho);

c) Carta de Concessão do INSS (afastamento);

d) CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho);

e) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML);

f) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza do afastamento, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem informações do período de afastamento;

g) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

IV. Para indenização:

a) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

Importante: Quando os documentos e relatos apresentados gerarem dúvida fundada e justificável para definir a data do evento, solicitaremos ao Segurado uma declaração detalhada do acidente. Referida declaração deverá ser assinada por 02 testemunhas isentas. Não se aceitará como testemunhas pessoas do mesmo local de trabalho do Segurado/família.

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL
IX. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE VERBA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR
ACIDENTE - VITA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada esta cobertura, no caso de Incapacidade Total, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, **por período superior a 30 dias** por evento, de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, **causada única e exclusivamente por acidente pessoal devidamente coberto**, a Seguradora pagará ao próprio Segurado, uma verba, **até o limite máximo estabelecido no contrato, exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o período de carência bem como o disposto nestas Condições Gerais e no Contrato.**

1.2. Caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido por acidente, ficará automaticamente extinta a presente cobertura.

1.3. **A verba por Incapacidade será devida a partir do 31º dia**, inclusive, da caracterização da incapacidade comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico. A Seguradora reserva-se no direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da Invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, **caso o Segurado a tanto se negue.**

1.4. Caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido por acidente, ficará automaticamente extinta a presente cobertura.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais estão expressamente excluídos da cobertura de Verba por Incapacidade Temporária por Acidente (VITA), os eventos decorrentes de:

- a) Ferimentos auto infligidos, temporário ou permanentemente;
- b) Gravidez e suas consequências, parto normal ou cesariana, abortamentos e suas consequências, exceto se decorrentes de um acidente pessoal coberto;
- c) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- d) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- e) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo anatomopatológica ou exames complementares.

3. CAPITAIS SEGURADOS

- 3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.
- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, na Cobertura de Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (VITA), a data do acidente.

4. CARÊNCIA

- 4.1 Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal.

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1. O Beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado;

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de registro de empregado e Exame admissional;
- b) Comprovantes de renda (holerite da data do evento);
- c) **Empregador com vínculo empregatício:** carteira profissional com as páginas iniciais, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso;
- d) **Para proprietários de estabelecimento:** contrato social atualizado.

II. Do evento/ocorrência:

- a) Atestados emitidos pelo médico assistente informando o período de afastamento;
- b) Boletim de ocorrência (em casos de acidentes que não sejam relacionados ao trabalho);
- c) Carta de Concessão do INSS (afastamento);
- d) CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho);
- e) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML);
- f) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza do afastamento, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem informações do período de afastamento.

III. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

Importante: Quando os documentos e relatos apresentados gerarem dúvida fundada e justificável para definir a data do evento, solicitaremos ao Segurado uma declaração detalhada do acidente. Referida declaração deverá ser assinada por 02 testemunhas isentas. Não se aceitará como testemunhas pessoas do mesmo local de trabalho do Segurado/família.

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL
**X. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA RENDA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR DOENÇA E
ACIDENTE– RIH**

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Desde que contratada, garante, ao próprio Segurado, o pagamento de uma indenização correspondente ao número de diárias utilizadas pelo Segurado em cada período de internação, deduzido a franquia, no caso da sua internação hospitalar decorrente de acidente ou doença em caráter estritamente emergencial, **entende-se como tal todas as internações que não sejam eletivas**, e exclusivamente para tratamentos clínicos ou cirúrgicos que não possam ser realizados em regime ambulatorial, domiciliar ou em consultório, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato**. **As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.**

1.2. O valor de cada Diária será estabelecido no Contrato.

1.3. A Franquia desta cobertura será de 02 (dois) dias. Assim, a indenização somente será devida a partir do 3º dia de internação, inclusive.

1.4. O período coberto, por ocasião da Hospitalização prevista para esta cobertura, está limitado em 180 dias de Internação(ões), consecutivas ou não, decorrente(s) de um mesmo evento coberto, considerando o período de 12 (doze) meses de vigência do Seguro individual.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais estão expressamente excluídos da cobertura de Renda por Internação Hospitalar (RIH), os eventos e internações decorrentes de:

- a) Ferimentos auto infligidos, temporário ou permanentemente, exceto quando decorrente de tentativa de suicídio após os dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou da sua recondução depois de suspenso;
- b) Gravidez e suas consequências, Parto normal ou cesariana, abortamentos e suas consequências, exceto se decorrentes diretamente de um acidente pessoal coberto;
- c) Inseminação artificial e atos cirúrgicos para fins de tratamento da esterilidade masculina e/ou feminina, cirurgia para mudança de sexo;
- d) Procedimentos não previstos no Código Brasileiro de Ética Médica ou tratamentos experimentais ou medicamentosos ainda não reconhecidos pelo Serviço Nacional de Fiscalização de Medicina e Farmácia;
- e) Tratamentos odontológicos de qualquer espécie, reabilitação geral, mesmo que em consequência de Acidente;
- f) Internação Hospitalar por motivo de convalescença, investigação diagnóstica, senilidade, repouso, tratamento para rejuvenescimento ou emagrecimento nas suas várias modalidades, geriatria, tratamento e recuperação de viciados em drogas ou alcoólatras e;
- g) Casos de doenças mentais, inclusive as que exijam psicanálise, sonoterapia ou psicoterapia;

- h) Epidemias, envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente a população onde o Segurado resida, declaradas por órgão competente;
- i) Plásticas e atos cirúrgicos com finalidade estética ou de embelezamento, mesmo quando justificado por laudo médico, exceto aquelas por indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anátomo-patológica ou exames complementares;
- j) Consultas médicas e exames complementares de qualquer natureza para fins de avaliação do estado de sanidade (check-up);
- k) Anomalias congênitas e condições que surjam ou resultem de tais anomalias;
- l) Diálises, hemodiálises;
- m) Toda e qualquer internação decorrente de tratamento eletivo, de caráter clínico e/ou cirúrgico.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, na Cobertura de Renda Diária por Internação Hospitalar (DIH), a data da internação.

4. CARÊNCIA

4.1. Haverá carência de 3 (três) meses contados à partir da data de início da vigência individual para a Cobertura de Renda Diária por Internação Hospitalar (DIH), exclusivamente se decorrente de doença.

5. BENEFICIÁRIO

5.1. O Beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado.

6. OCORRÊNCIA DE SINISTRO

6.1 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;

- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante do endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identificação com foto (RG/CNH/RNE) do segurado;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de Registro do empregado e Exame Admissional.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Prontuário hospitalar completo do período de internação;
- b) Declaração do hospital em papel timbrado, com informações do período de internação (data inicial até a alta médica hospitalar), com informações da causa e procedimentos realizados;
- c) Exames complementares comprovando o diagnóstico;
- d) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

Em caso de Acidente:

Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo do Exame de Corpo Delito (IML).

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº de agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco nacional e de titularidade do segurado).

Nota: A Seguradora poderá solicitar auditoria no estabelecimento hospitalar, a fim de elucidar os fatos, desde que haja dúvida fundada e justificável.

**SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL
XI. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES - DG**

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, em caso de diagnóstico comprovado por Médico Habilitado e exames complementares, de uma das doenças cobertas por este Seguro, ocorrida e diagnosticada durante a vigência do Seguro e após o período de carência, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Contrato.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.1.1. Esta cobertura cessará quando o Segurado completar 65 anos.

1.2. Estão cobertas, **única e exclusivamente**, as doenças abaixo relacionadas e caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos sigam os critérios estabelecidos na literatura médica mundial e aceitos pelo Ministério da Saúde e pelas respectivas Sociedades Médicas Científicas Especializadas.

1.3. DOENÇA NEOPLÁSICA MALÍGNA (CÂNCER OU TUMOR MALÍGNO)

A. Definição:

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

B. Risco Coberto:

Estão cobertos os portadores de neoplasia maligna com metástases à distância, devidamente comprovado através de exames complementares especializados. Estarão cobertos também, os tumores malignos cerebrais, de fígado, leucemias agudas (mieloide e linfóide) e os linfomas estágio III e IV com envolvimento de gânglios acima e abaixo do diafragma ou órgãos como pulmão, fígado e medula óssea.

Além da cobertura acima descrita, estarão cobertos os Segurados do sexo feminino portadores de Câncer de Mama ou Colo de Útero, bem como os Segurados do sexo masculino portadores de Câncer de Próstata, desde que diagnosticados por médico habilitado em oncologia e demonstrado através dos laudos de exames citológicos e histológicos apropriados para cada caso.

1.4. DOENÇAS CARDIOLÓGICAS

A. Definição:

São as doenças do coração: infarto do miocárdio, doenças das artérias e doenças das válvulas do coração.

B. Risco Coberto:

Estão cobertas as doenças cardíacas, estão cobertos os seguintes riscos:

- a) Infarto do miocárdio devidamente comprovado através de exames específicos: cateterismo e enzimas cardíacas;
- b) Doenças das artérias cardíacas tratadas com angioplastia ou cirurgia de revascularização do miocárdio;

c) Doenças das válvulas cardíacas tratadas cirurgicamente.

1.5. ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

A. Definição:

Isquemia cerebral (diminuição e/ou interrupção do fluxo sanguíneo nas áreas a serem irrigadas do tecido cerebral) ou hemorragia intracraniana, resultante de problemas vasculares que produza destruição do tecido cerebral e sequela neurológica definitiva.

B. Risco Coberto:

Estão cobertos os portadores de sequelas de AVC (Acidente Vascular Cerebral) avaliados após 6 meses do evento, quando houver a persistência de paralisia total de pelo menos 2 membros ou distúrbios cognitivos graves, que necessitem de Curatela.

A avaliação deverá ser realizada por médico especialista em neurologia, comprovado com exames complementares de imagem (Tomografias, Ressonância Magnética, Angio ressonância ou Doppler de Carótidas).

1.6. TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS VITAIS

A. Definição:

É a transferência de órgão vital de um indivíduo vivo ou morto ou uso de prótese artificial em decorrência da perda irreversível de sua função.

B. Risco Coberto:

Estará coberto o Segurado que necessitar do transplante caracterizado pela perda irreversível da função dos órgãos vitais relacionados abaixo, mediante indicação do médico especialista na patologia e de exames específicos:

- Coração
- Fígado
- Medula óssea.
- Pâncreas
- Pulmão
- Rim

1.7. SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA – SIDA (AIDS)

A. Definição:

A SIDA (AIDS) é um conjunto de sinais e sintomas de imunodeficiência secundária, resultante da infecção pelo vírus HIV, sendo caracterizada por infecções oportunistas, neoplasias malignas, disfunções neurológicas e várias outras síndromes.

B. Risco Coberto:

Estará coberto o Segurado portador do vírus HIV em estágio avançado (estado grave) acometidos de afecções oportunistas recorrentes (Infecções frequentes, diarreias crônicas, complicações neurológicas ou neoplasias malignas) e com comprometimento do estado geral e resistente a tratamentos convencionais e que tenham os exames laboratoriais recentes com o seguinte perfil:

- Linfócitos CD4 - abaixo de 200 células por mm³

- Linfócitos CD8 - abaixo de 600 células por mm³
- Relação CD4/CD8 - abaixo de 0,8
- Carga Viral- acima de 50.000

1.8. INSUFICIÊNCIA RENAL TERMINAL

A. Definição:

É a etapa final de diversas doenças renais. É caracterizada pela perda progressiva e irreversível da função de ambos os rins, com necessidade de diálise regular (hemodiálise ou diálise peritoneal) ou transplante renal.

O diagnóstico deve ser feito por médico habilitado, em conformidade com o preconizado pelas sociedades médicas científicas especializadas e demonstrado através de exames complementares apropriados.

B. Risco Coberto:

Desde que contratada a cobertura para insuficiência renal terminal, estão cobertas todas as doenças renais com evolução para insuficiência renal terminal, conforme definição para fins desta cobertura.

1.9. Para as doenças descritas nos itens acima (1.3, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7 e 1.8) só terão direito ao Capital Segurado os Segurados que se encontrarem em vida após 60 (sessenta) dias contados a partir da data do diagnóstico da doença ou da data em que o Segurado for submetido à cirurgia coberta, e desde que a doença de origem da cobertura tenha ocorrido e sido diagnosticada no período de vigência da apólice, após cumprido o período de Carência do Seguro.

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

1.11. O pagamento de qualquer Indenização decorrente da cobertura de Doenças Graves significa o cancelamento imediato desta cobertura, não havendo reintegração do Capital Segurado ou renovação da cobertura.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura:

- a) para Doença Neoplásica Maligna (câncer ou tumor maligno):
 - As displasias e lesões pré-cancerígenas.
 - Para portadores do sexo feminino, exclui-se ainda: o carcinoma "*in situ*" (incluindo displasia cervical), neoplasias malignas primárias de pele na região das mamas, neoplasias não primárias do tecido mamário na região anatômica das mamas e neoplasias benignas das mamas ou do colo do útero.

- b) para Doenças Cardiológicas:
 - Não estão incluídos no conceito de Infarto Agudo do Miocárdio, para fins desta Cobertura:
 - a) infartos do miocárdio pré-existentes a contratação do seguro e demonstrados através do ECG;
 - b) toda angina do peito, incluindo angina estável e instável;
 - c) as doenças do coração não diagnosticada como risco coberto no subitem 1.4 destas Condições Especiais.
- c) para Acidente Vascular Cerebral:
 - Ataques isquêmicos transitórios (AIT).
- d) para Insuficiência Renal Terminal:
 - Consideram-se como riscos excluídos os quadros transitórios de insuficiência renal, ainda que seja realizado tratamento dialítico.

3. CAPITAIS SEGURADOS

- 3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.
- 3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.
- 3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do diagnóstico da doença confirmado por exames.

4. CARÊNCIA

- 4.1. Haverá carência de 2 (dois) meses contados a partir da data de início da vigência individual para esta cobertura.

5. BENEFICIÁRIO

- 5.1. O Beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de registro de empregado e Exame admissional.

III. Do evento/ocorrência:

➤ Diagnóstico de Câncer

- a) Exames de imagem iniciais: tomografia, ressonância magnética, ultrassonografia, radiografias;
- b) Exames laboratoriais de sangue, urina;
- c) Biópsia e Anatomopatológicos;
- d) Exames Histoquímicos/Histopatológico;
- e) Relatório médico informando histórico com data dos sintomas iniciais da doença, as condições clínicas atuais do segurado, tratamentos propostos e realizados, e esclarecendo se houve recidiva e/ou metástase ou intercorrências da doença como retirada do membro e/ou órgão, e/ou indicações cirúrgicas de qualquer natureza;
- f) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Infarto agudo do Miocárdio**

- a) Exames de diagnóstico (Eletrocardiograma, Ecocardiograma com Doppler, entre outros);
- b) Exames laboratoriais que detectaram alterações nas enzimas cardíacas;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistro, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Cirurgia de Valva cardíaca**

- a) Relatório médico da doença cardiológica, esclarecendo o comprometimento cardíaco e necessidade da cirurgia de valva cardíaca, suas intercorrências e comorbidades;
- b) Relatório cirúrgico da cirurgia de valva cardíaca;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistro, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Cirurgia de revascularização miocárdica com implante de ponte(s) vascular(es) nas artérias coronarianas (BYPASS)**

- a) Relatório médico com indicação da revascularização através de cirurgia cardíaca, a tórax aberto, com informações detalhadas de quantas artérias coronárias estão estenosadas e/ou ocluídas e a necessidade do implante de ponte(s) Bypass arterial ou venosa;
- b) Exames realizados Eletrocardiograma, Ecocardiograma torácico, teste ergométrico, angiografia coronária;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistro, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **AVC – Acidente Vascular Cerebral**

- a) Exames de imagens como tomografia computadorizada, ressonância magnética, Doppler transcraniano, que evidenciem a extensão dos danos cerebrais e função neurológica do início do quadro e após 180 dias da ocorrência;
- b) Laudo médico esclarecendo as sequelas neurológicas e motoras do segurado após 180 dias da data da ocorrência e informando se o segurado mantém sua capacidade cognitiva e tem condições de gerir seus bens e atos da vida civil;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistro, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Transplantes de órgãos**

- a) Exames de diagnóstico da doença que compromete o órgão (como insuficiência cardíaca grave, cirrose hepática terminal, insuficiência renal crônica etc.);
- b) Histórico clínico detalhado do paciente (tratamentos realizados até o momento, prognóstico da doença, e evolução);
- c) Relatório médico com recomendação explícita para o transplante: o médico deve justificar claramente por que o transplante é necessário, com base nos critérios médicos (por exemplo, falência do órgão, não resposta a outros tratamentos etc.);
- d) Exames laboratoriais e de imagem: Como exames de tomografia, ecocardiograma, ressonância magnética, biópsias (caso seja de medula óssea, fígado etc.), função pulmonar, entre outros. Esses exames devem comprovar que o órgão está comprometido de forma irreversível;
- e) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

➤ **Insuficiência Renal crônica**

- a) Relatório do médico especialista (Nefrologista) contendo o histórico clínico detalhado, diagnóstico clínico, estágio da doença e tratamentos propostos e realizados e se há indicação de hemodiálise e transplante renal;
- b) Exames de imagem realizados (Tomografia, Ressonância magnética).

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL
XII. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E
ODONTOLÓGICAS - DMHO

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao próprio Segurado, até o valor do Capital Segurado contratado para esta cobertura, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, o reembolso de despesas médicas, hospitalares e odontológicas efetuadas pelo Segurado para seu tratamento, sob orientação e prescrição de profissional médico habilitado, decorrentes de acidente pessoal coberto e desde que o tratamento se inicie dentro de 30 (trinta) dias contados da data do acidente, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Contrato.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2. O valor da indenização prevista nesta cobertura não poderá, em hipótese alguma, ser superior aos efetivos gastos com as despesas médicas, hospitalares e odontológicas garantidas, ainda que haja vários Seguros contratados em diferentes Seguradoras.

1.3. Cabe ao Segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

1.4. A comprovação das despesas deverá ser feita mediante a apresentação dos comprovantes originais e dos relatórios médicos.

1.5. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da necessidade dos procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos, sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Além dos riscos excluídos mencionados nas Condições Gerais, estão expressamente excluídos desta cobertura, as despesas decorrentes de:

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

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

3.2. Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual a data do acidente.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Beneficiário desta cobertura será sempre o próprio Segurado.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado;
- d) Formulário da Seguradora para solicitação de reembolso, devidamente preenchido e assinado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de registro de empregado e Exame admissional;
- b) Declaração da Instituição de ensino ou Contrato de matrícula (em casos de seguros educacionais) comprovando o vínculo do seguro/aluno.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Boletim de ocorrência (em casos de acidentes que não sejam relacionados ao trabalho);
- b) CAT (Comunicado de Acidente de Trabalho);
- c) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, detalhando a natureza do atendimento, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados;
- d) Nota fiscal e/ou recibos de pagamento dos atendimentos, procedimentos e/ou medicamentos, acompanhado das devidas prescrições médicas;
- e) Prescrição médica com solicitações de exames e/ou procedimentos;
- f) Prescrição médica de medicamentos;
- g) Prontuário hospitalar com histórico de cirurgia;

- h) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- i) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado e/ou tomador constante da Nota Fiscal e/ou Recibo (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- b) Termo de anuência/cessão de direitos quando o pagamento não for para o tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo;
- c) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- d) Comprovante de residência nominal ao tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- e) CPF do tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- f) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do tomador constante na Nota Fiscal e/ou Recibo.

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL
XIII.CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL TITULAR NÃO DEDUTÍVEL - AF

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura a título de auxílio funeral, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado titular, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Contrato.**

1.2. Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

3.2. Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. Indicação

4.1.1. O Segurado poderá indicar livremente seu(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

4.2. Alteração de Beneficiários

4.2.1. O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

4.2.2. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

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

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Cartão CNPJ / Contrato Social (última atualização) / MEI (para apólices de Capital Global ou quando houver a cobertura de Verbas Rescisórias contratada);
- b) Dados bancários da empresa/estipulante (quando houver a cobertura de Verbas rescisórias contratada);
- c) Ficha de registro de empregado e Exame admissional;
- d) Termo de rescisão contratual (quando houver a cobertura de Verbas Rescisórias contratada);
- e) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial, em caso de morte por acidente;
- c) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- d) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- e) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito (Ex.: Ultrassonografia, Anatomopatológico, Ressonância magnética, Ecocardiograma, Exames laboratoriais, Radiografias, entre outros);
- f) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;

- g) Prontuário médico hospitalar em caso de falecimento no hospital ou em caso de internações anteriores ao óbito;
- h) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, inclusive de doenças e tratamentos anteriores ao falecimento.

*Este documento pode ser substituído por declaração de próprio punho do médico assistente, constando todo o histórico médico do segurado, com diagnósticos, datas e tratamentos realizados e acompanhado dos exames informados.

IV. Dos beneficiários/herdeiros legais:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
*Documento necessário quando o acionado for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente.
- b) CPF dos beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Declaração de beneficiários assinada pelo próprio segurado na contratação;
*Na ausência deste documento ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art.1829 do Código Civil.
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- e) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item "c").

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

V. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- b) Dados bancários dos beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos beneficiários/herdeiros);
- c) Termo de Autorização de crédito em favor de menor de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade, assinado pelo responsável legal ou tutor definitivo;
- d) Termo de cessão de direitos assinado por um ou mais beneficiários/herdeiros que desejem abdicar de sua cota-parte da indenização em favor de outro beneficiário/herdeiro;
- e) Termo de divisão de Cesta alimentação (quando houver a cobertura de Cesta Alimentação ou Cesta Básica contratada);
- f) Termo de Guarda / Termo de Tutela / Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, em caso de beneficiários/herdeiros menor(es) de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade.

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL

XIV. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL - FAMILIAR NÃO DEDUTÍVEL - AFF

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura a título de auxílio funeral, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado titular, cônjuge e filhos, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Contrato.**

1.2. Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

3.2. Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. Indicação

4.1.1. O Segurado poderá indicar livremente seu(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

4.2. Alteração de Beneficiários

4.2.1. O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

4.2.2. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

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

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Cartão CNPJ / Contrato Social (última atualização) / MEI (para apólices de Capital Global ou quando houver a cobertura de Verbas Rescisórias contratada);
- b) Dados bancários da empresa/estipulante (quando houver a cobertura de Verbas rescisórias contratada);
- c) Ficha de registro de empregado e Exame admissional;
- d) Termo de rescisão contratual (quando houver a cobertura de Verbas Rescisórias contratada);
- e) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial, em caso de morte por acidente;
- c) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- d) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- e) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito (Ex.: Ultrassonografia, Anatomopatológico, Ressonância magnética, Ecocardiograma, Exames laboratoriais, Radiografias, entre outros);
- f) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;

- g) Prontuário médico hospitalar em caso de falecimento no hospital ou em caso de internações anteriores ao óbito;
- h) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, inclusive de doenças e tratamentos anteriores ao falecimento;
*Este documento pode ser substituído por declaração de próprio punho do médico assistente, constando todo o histórico médico do segurado, com diagnósticos, datas e tratamentos realizados e acompanhado dos exames informados.

IV. Dos beneficiários/herdeiros legais:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
*Documento necessário quando o acionado for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente.
- b) CPF dos beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Declaração de beneficiários assinada pelo próprio segurado na contratação;
*Na ausência deste documento ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art.1829 do Código Civil.
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- e) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item "c").

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

V. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- b) Dados bancários dos beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos beneficiários/herdeiros);
- c) Termo de Autorização de crédito em favor de menor de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade, assinado pelo responsável legal ou tutor definitivo;
- d) Termo de cessão de direitos assinado por um ou mais beneficiários/herdeiros que desejem abdicar de sua cota-parte da indenização em favor de outro beneficiário/herdeiro;
- e) Termo de divisão de Cesta alimentação (quando houver a cobertura de Cesta Alimentação ou Cesta Básica contratada);
- f) Termo de Guarda / Termo de Tutela / Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, em caso de beneficiários/herdeiros menor(es) de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade.

**SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL
XV. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL TITULAR DEDUTÍVEL - AF**

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura a título de auxílio funeral, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado titular, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Contrato.**

1.2. Esse valor será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. Indicação

O Segurado poderá indicar livremente seu(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

4.2. Alteração de Beneficiários

4.2.1. O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

4.2.2. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

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

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Cartão CNPJ / Contrato Social (última atualização) / MEI (para apólices de Capital Global ou quando houver a cobertura de Verbas Rescisórias contratada);
- b) Dados bancários da empresa/estipulante (quando houver a cobertura de Verbas rescisórias contratada);
- c) Ficha de registro de empregado e Exame admissional;
- d) Termo de rescisão contratual (quando houver a cobertura de Verbas Rescisórias contratada);
- e) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial, em caso de morte por acidente;
- c) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- d) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- e) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito (Ex.: Ultrassonografia, Anatomopatológico, Ressonância magnética, Ecocardiograma, Exames laboratoriais, Radiografias, entre outros);
- f) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- g) Prontuário médico hospitalar em caso de falecimento no hospital ou em caso de internações anteriores ao óbito;

- h) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, inclusive de doenças e tratamentos anteriores ao falecimento;

*Este documento pode ser substituído por declaração de próprio punho do médico assistente, constando todo o histórico médico do segurado, com diagnósticos, datas e tratamentos realizados e acompanhado dos exames informados.

IV. Dos beneficiários/herdeiros legais:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
*Documento necessário quando o acionado for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente.
- b) CPF dos beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Declaração de beneficiários assinada pelo próprio segurado na contratação;
*Na ausência deste documento ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art.1829 do Código Civil.
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- e) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item "c").

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

V. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- b) Dados bancários dos beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos beneficiários/herdeiros);
- c) Termo de Autorização de crédito em favor de menor de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade, assinado pelo responsável legal ou tutor definitivo;
- d) Termo de cessão de direitos assinado por um ou mais beneficiários/herdeiros que desejem abdicar de sua cota-parte da indenização em favor de outro beneficiário/herdeiro;
- e) Termo de divisão de Cesta alimentação (quando houver a cobertura de Cesta Alimentação ou Cesta Básica contratada);
- f) Termo de Guarda / Termo de Tutela / Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, em caso de beneficiários/herdeiros menor(es) de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade.

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL

XVI. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE AUXÍLIO FUNERAL FAMILIAR DEDUTÍVEL - AFF

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura a título de auxílio funeral, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado titular, cônjuge e filhos, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Contrato.**

1.2. Esse valor será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITALS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

3.2. Para fins de indenização serão os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. Indicação

O Segurado poderá indicar livremente seu(s) Beneficiário(s), ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

4.2. Alteração de Beneficiários

4.2.1. O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

4.2.2. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

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

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Cartão CNPJ / Contrato Social (última atualização) / MEI (para apólices de Capital Global ou quando houver a cobertura de Verbas Rescisórias contratada);
- b) Dados bancários da empresa/estipulante (quando houver a cobertura de Verbas rescisórias contratada);
- c) Ficha de registro de empregado e Exame admissional;
- d) Termo de rescisão contratual (quando houver a cobertura de Verbas Rescisórias contratada);
- e) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial, em caso de morte por acidente;
- c) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- d) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- e) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito (Ex.: Ultrassonografia, Anatomopatológico, Ressonância magnética, Ecocardiograma, Exames laboratoriais, Radiografias, entre outros);
- f) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- g) Prontuário médico hospitalar em caso de falecimento no hospital ou em caso de internações anteriores ao óbito;

- h) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, inclusive de doenças e tratamentos anteriores ao falecimento;

*Este documento pode ser substituído por declaração de próprio punho do médico assistente, constando todo o histórico médico do segurado, com diagnósticos, datas e tratamentos realizados e acompanhado dos exames informados.

IV. Dos beneficiários/herdeiros legais:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
*Documento necessário quando o acionado for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente.
- b) CPF dos beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Declaração de beneficiários assinada pelo próprio segurado na contratação;
*Na ausência deste documento ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art.1829 do Código Civil.
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- e) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item "c").

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

V. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- b) Dados bancários dos beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos beneficiários/herdeiros);
- c) Termo de Autorização de crédito em favor de menor de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade, assinado pelo responsável legal ou tutor definitivo;
- d) Termo de cessão de direitos assinado por um ou mais beneficiários/herdeiros que desejem abdicar de sua cota-parte da indenização em favor de outro beneficiário/herdeiro;
- e) Termo de divisão de Cesta alimentação (quando houver a cobertura de Cesta Alimentação ou Cesta Básica contratada);
- f) Termo de Guarda / Termo de Tutela / Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, em caso de beneficiários/herdeiros menor(es) de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade.

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL
XVII. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE AUXÍLIO ALIMENTAÇÃO - AA

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura a título de auxílio alimentação, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Contrato.**

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. Indicação

O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

4.2. Alteração de Beneficiários

4.2.1. O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

4.2.2. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

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

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de registro de empregado e Exame admissional;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- c) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- d) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito (Ex.: Ultrassonografia, Anatomopatológico, Ressonância magnética, Ecocardiograma, Exames laboratoriais, Radiografias, entre outros);
- e) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- f) Prontuário médico hospitalar em caso de falecimento no hospital ou em caso de internações anteriores ao óbito;
- g) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, inclusive de doenças e tratamentos anteriores ao falecimento.

*Este documento pode ser substituído por declaração de próprio punho do médico assistente, constando todo o histórico médico do segurado, com diagnósticos, datas e tratamentos realizados e acompanhado dos exames informados.

IV. Dos beneficiários/herdeiros legais:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
*Documento necessário quando o acionado for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente.
- b) CPF dos beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Declaração de beneficiários assinada pelo próprio segurado na contratação;
*Na ausência deste documento ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art.1829 do Código Civil.
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- e) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item "c").

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

V. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- b) Dados bancários dos beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos beneficiários/herdeiros);
- c) Termo de Autorização de crédito em favor de menor de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade, assinado pelo responsável legal ou tutor definitivo;
- d) Termo de cessão de direitos assinado por um ou mais beneficiários/herdeiros que desejem abdicar de sua cota-parte da indenização em favor de outro beneficiário/herdeiro;
- e) Termo de Guarda / Termo de Tutela / Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, em caso de beneficiários/herdeiros menor(es) de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade.

Obs.: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos complementares que comprovem a condição de beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.

**SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL
XVIII. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE AUXÍLIO EDUCAÇÃO - AE**

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Desde que contratada, em caso de morte do segurado principal, será indenizado ao beneficiário, a título de auxílio com as despesas de educação dos filhos do segurado, o valor estabelecido no contrato para esta cobertura, através de parcela única, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Contrato.**

Esse valor não será deduzido da indenização final a ser paga referente à Cobertura Básica.

1.2 São considerados filhos do segurado principal para fins desta cobertura, os dependentes econômicos conforme previsto no item 10 (dez) destas condições gerais.

1.2.1 Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor único estabelecido no contrato, independentemente da quantidade de filhos do segurado, sendo necessária a comprovação da existência de apenas 1 (um) filho.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. Indicação

O Segurado poderá indicar livremente seus Beneficiários, ressalvadas as restrições legais, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora.

4.2. Alteração de Beneficiários

4.2.1. O Segurado poderá, a qualquer tempo e por escrito, alterar a indicação de Beneficiários mediante manifestação por escrito à Seguradora.

4.2.2. Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento.

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

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de registro de empregado e Exame admissional;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- c) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- d) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito (Ex.: Ultrassonografia, Anatomopatológico, Ressonância magnética, Ecocardiograma, Exames laboratoriais, Radiografias, entre outros);
- e) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;

- f) Prontuário médico hospitalar em caso de falecimento no hospital ou em caso de internações anteriores ao óbito;
- g) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, inclusive de doenças e tratamentos anteriores ao falecimento.

*Este documento pode ser substituído por declaração de próprio punho do médico assistente, constando todo o histórico médico do segurado, com diagnósticos, datas e tratamentos realizados e acompanhado dos exames informados.

IV. Dos beneficiários/herdeiros legais:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;

*Documento necessário quando o acionado for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente.

- b) CPF dos beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Declaração de beneficiários assinada pelo próprio segurado na contratação;

*Na ausência deste documento ou se por qualquer motivo não prevalecer a indicação que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de herdeiros legais, seguindo o Art. 1829 do Código Civil;

- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais;
- e) Escritura Pública de Únicos Herdeiros, feita em cartório declarando todos os herdeiros segundo o Art. 1829 do CC (necessário no caso de ausência ou invalidação da Declaração de Beneficiários, item "c").

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

V. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado, quando este for o beneficiário (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado);
- b) Dados bancários dos beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos beneficiários/herdeiros);
- c) Termo de Autorização de crédito em favor de menor de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade, assinado pelo responsável legal ou tutor definitivo;
- d) Termo de cessão de direitos assinado por um ou mais beneficiários/herdeiros que desejem abdicar de sua cota-parte da indenização em favor de outro beneficiário/herdeiro;
- e) Termo de Guarda / Termo de Tutela / Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, em caso de beneficiários/herdeiros menor(es) de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade.

Obs.: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos complementares que comprovem a condição de beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL
XIX. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE AUXÍLIO NATALIDADE - AN

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Desde que contratada, garante ao segurado principal o pagamento do capital segurado individual contratado para esta cobertura, a título de auxílio natalidade, em razão do nascimento de filho(s) com vida, observadas **as demais cláusulas das Condições Gerais, e do Contrato**.

1.2 Será considerado para efeito de indenização desta cobertura o valor estabelecido no contrato, para cada filho do segurado nascido durante o período de vigência do contrato.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Não se aplica.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

3.2. Para fins de indenização serão pagos os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do nascimento do filho(a).

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Beneficiário desta cobertura será o Segurado Principal.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de registro de empregado.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Nascimento do Filho.

IV. Para indenização:

Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

**SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL
XX. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS - VR**

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura a título de verbas rescisórias, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, em caso de morte do Segurado, seja natural ou acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Contrato.** As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta Cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

3.2. Para fins de indenização serão pagos ou reembolsados os valores estabelecidos vigentes na data do evento, sob a forma de parcela única e calculados conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais.

3.3. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado individual, a data do falecimento.

4. BENEFICIÁRIO

4.1. O Beneficiário desta cobertura será sempre o Estipulante.

4.1.1. O Estipulante a qualquer tempo e desde que o faça por escrito a Seguradora anteriormente ao pagamento da indenização poderá renunciar à indenização a favor dos beneficiário(s) "herdeiros legais" ou designados pelo Segurado.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Cartão CNPJ / Contrato Social (última atualização) / MEI (para apólices de Capital Global ou quando houver a cobertura de Verbas Rescisórias contratada);
- b) Dados bancários da empresa/estipulante (quando houver a cobertura de Verbas rescisórias contratada);
- c) Ficha de registro de empregado e Exame admissional;
- d) Termo de rescisão contratual (quando houver a cobertura de Verbas Rescisórias contratada).

III. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;
- c) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito, se houver;
- d) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- e) Comprovante de rescisão trabalhista devidamente homologado;
- f) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL
XXI. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE CÔNJUGES

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1. Este Seguro prevê e regula a inclusão, automática dos cônjuges dos Segurados Principais que estejam em perfeitas condições de saúde, na qualidade de Segurados Dependentes, desde que contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão Automática de Cônjuges.

1.2. Cobertura Básica – Morte: Contratada a inclusão de cônjuge e pago o Prêmio adicional, a morte deste, desde que coberto, garante ao Segurado Principal o pagamento de uma Indenização no valor do Capital Segurado individual contratado, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, para esta cláusula suplementar, observados os riscos excluídos, as demais cláusulas destas Condições Gerais.

1.2.1. O Estipulante deverá informar quais as coberturas que pretende adotar para esta Cláusula Suplementar, observadas as opções indicadas abaixo, os conceitos e condições aplicáveis a cada cobertura, conforme convencionado no Contrato e desde que essas coberturas tenham sido contratadas pelo Segurado Principal.

IAC – Inclusão Automática de Cônjuges - Básica (Morte)	Anexo I
IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IEA	Anexo II
IAC – Inclusão Automática de Cônjuges - IPA	Anexo III
IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – IPTA	Anexo IV
IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DIT	Anexo VII
IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DIH	Anexo VIII
IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DG	Anexo IX
IAC – Inclusão Automática de Cônjuges – DMHO	Anexo X

1.2.1.1. Aplicam-se às coberturas descritas no subitem 1.2.1, os conceitos e condições previstos nos respectivos anexos que fazem parte destas Condições Gerais.

1.2.2. O Capital Segurado do cônjuge não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado da cobertura básica do Segurado titular.

1.3. Equiparam-se aos cônjuges a(o) companheira(o) do Segurado Principal, desde que comprovada, documentalmente, a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.

1.4. Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge, nos casos em que se exigir declaração pessoal de saúde.

1.5. Desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, canceladas estarão, automaticamente, as coberturas contratadas para o Segurado Dependente incluído na condição de cônjuge, independentemente desse fato ter sido, ou não, comunicado pelo Segurado Principal à Seguradora e ter havido pagamento de Prêmio.

1.6. Não poderá, ser incluído no Seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o cônjuge que participe na apólice na qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice Mestra.

1.7. Ocorrerá a cessação desta cobertura e cancelamento do Seguro individual:

- a) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;
- b) com a morte do Segurado Principal;
- c) se for cancelada a respectiva cláusula suplementar de inclusão de cônjuge;
- d) se cessar a condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicada à Seguradora;
- e) a pedido do Segurado Principal;
- f) com a inclusão do Dependente no Seguro na condição de Segurado Principal.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. Em caso de morte devidamente coberta do Segurado Dependente, quando tiver sido contratada a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge, o Beneficiário será o Segurado Principal.

2.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais do Segurado Dependente.

3. COBERTURAS

3.1. As coberturas destinadas ao Cônjuge serão estabelecidas na Proposta de Contratação do Seguro, e, desde que tenha(m) sido contratada(s) pelo Segurado Principal, respeitando o disposto nestas Condições Especiais, e os limites máximos de Capitais Segurados estabelecidos no Contrato.

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice e aqueles definidos nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

5. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

5.1. Poderão fazer parte deste Seguro o Cônjuge, quando a inclusão desta Condição Especial for solicitada pelo Estipulante na Proposta de Contratação, respeitadas todas as condições das Condições Gerais e Especiais da Apólice.

6. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

6.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
*Documento necessário quando o acionamento for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente.
- b) Comprovante de residência nominal ao segurado (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- c) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação).
- d) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de registro de empregado e Exame admissional;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- c) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- d) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito (Ex: Ultrassonografia, Anatomopatológico, Ressonância magnética, Ecocardiograma, Exames laboratoriais, Radiografias, entre outros);
- e) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- f) Prontuário médico hospitalar em caso de falecimento no hospital ou em caso de internações anteriores ao óbito;

- g) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, inclusive de doenças e tratamentos anteriores ao falecimento.

*Este documento pode ser substituído por declaração de próprio punho do médico assistente, constando todo o histórico médico do segurado, com diagnósticos, datas e tratamentos realizados e acompanhado dos exames informados;

IV. Dos beneficiários/herdeiros legais:

- a) Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito (em caso do segurado ser casado civilmente) ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência, assinado pelo companheiro sobrevivente e duas testemunhas;
*Documento necessário quando o acionado for para cobertura de cônjuge, seja ele automático ou facultativo, bem como quando um dos beneficiários/herdeiros for o cônjuge sobrevivente.
- b) CPF dos beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais.

*****Poderão ainda ser solicitados para outras comprovações:**

- a) Ata de audiência para reconhecimento de União Estável e/ou Reconhecimento de Paternidade (se necessário);
- b) Carta de Concessão de benefício do INSS ao cônjuge sobrevivente, para comprovação da união estável (se necessário).

V. Para indenização:

- a) Dados bancários dos beneficiários/herdeiros, quando este(s) for(em) o(s) beneficiário(s) / herdeiro (s) (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade dos beneficiários/herdeiros);
- b) Termo de Autorização de crédito em favor de menor de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade, assinado pelo responsável legal ou tutor definitivo;
- c) Termo de cessão de direitos assinado por um ou mais beneficiários/herdeiros que desejem abdicar de sua cota-parte da indenização em favor de outro beneficiário/herdeiro;
- d) Termo de divisão de Cesta alimentação (quando houver a cobertura de Cesta Alimentação ou Cesta Básica contratada);
- e) Termo de Guarda / Termo de Tutela / Termo de Curatela / Termo de Interdição judicial definitivos, em caso de beneficiários/herdeiros menor(es) de 18 anos/incapaz(es) e/ou interdito(s) de qualquer idade.

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL

XXII. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS – BÁSICA (MORTE) IAF

1. OBJETIVO DA COBERTURA

Este Seguro prevê e regula a inclusão automática do(s) filho(s) do Segurado Principal.

1.1. São considerado(s) filho(s) do Segurado Principal, para fins deste Seguro, os seguintes dependentes econômicos:

- I - o filho(a) e o enteado(a) do Segurado Principal, de até 21 (vinte e um) anos, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- II - filho (a) ou enteado (a) universitário ou cursando escola técnica de segundo grau, até 24 anos;
- III - o menor pobre, de até 21 (vinte e um) anos, que o Segurado Principal crie e eduque e do qual detenha a guarda judicial;
- IV - o irmão ou neto, sem arrimo dos pais, de até 21 (vinte e um), desde que o Segurado Principal detenha a guarda judicial, ou de qualquer idade quando incapacitado física ou mentalmente para o trabalho;
- V - irmão(ã), neto (a) ou bisneto(a), sem arrimo dos pais, com idade de 21 anos até 24 anos, se ainda estiver cursando estabelecimento de ensino superior ou escola técnica de segundo grau, desde que o contribuinte tenha detido sua guarda judicial até 21 anos;
- VI - o absolutamente incapaz, do qual o contribuinte seja tutor ou curador.

1.2. Contratada a inclusão automática de filhos, a morte deste, desde que coberta, garante ao Segurado Principal o pagamento de uma Indenização no valor do Capital Segurado individual contratado para esta cláusula suplementar, conforme estabelecido no item 9 das Condições Gerais, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

1.2.1. O Capital Segurado do(s) filho(s) não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal.

1.3. Na hipótese de falecimento de menor de 14 (quatorze) anos, a Indenização será destinada, exclusivamente, ao reembolso das despesas com funeral, devidamente comprovadas, mediante apresentação de contas originais, limitado ao valor do Capital Segurado para esta Cobertura.

Entre as despesas cobertas incluem-se as havidas com traslado, excluindo-se as decorrentes de aquisição de terrenos, jazigos e carneiros.

1.4. Quando ambos os cônjuges forem Segurados Principais, os filhos serão incluídos uma única vez, considerando-se dependentes daquele de maior Capital Segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta Cobertura.

1.5. Não poderá ser incluído no Seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o filho do Segurado Principal que já ostente a qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice Mestra.

1.6. Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do Seguro individual:

- a) com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;
- b) com a morte do Segurado Principal;
- c) se for cancelada a respectiva cláusula suplementar de inclusão de filhos;
- d) se cessar a condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicada à Seguradora;
- e) a pedido do Segurado Principal;
- f) com a inclusão do Dependente no Seguro na condição de Segurado Principal.

As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

2. BENEFICIÁRIOS

2.1. Em caso de morte devidamente coberta do Segurado Dependente, quando tiver sido contratada a cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos, o Beneficiário será o Segurado Principal.

2.2. Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado Principal e do Segurado Dependente, o Capital Segurado referente à cobertura do Segurado Dependente deverá ser pago aos herdeiros legais do Segurado Dependente.

3. RISCOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos desta cobertura todos os riscos definidos no item 2. (Riscos Excluídos) das Condições Gerais da Apólice e aqueles definidos nas Condições Especiais de cada cobertura contratada.

4. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

4.1. Poderão fazer parte deste Seguro o(s) filho(s), quando a inclusão desta Condição Especial for solicitada pelo Estipulante na Proposta de Contratação, respeitadas todas as condições das Condições Gerais e Especiais da Apólice.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;

- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado e do Filho (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- c) Ficha de registro de empregado;
- d) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Óbito;
- b) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- c) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- d) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito (Ex: Ultrassonografia, Anatomopatológico, Ressonância magnética, Ecocardiograma, Exames laboratoriais, Radiografias, entre outros);
- e) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- f) Prontuário médico hospitalar em caso de falecimento no hospital ou em caso de internações anteriores ao óbito;
- g) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, inclusive de doenças e tratamentos anteriores ao falecimento;
*Este documento pode ser substituído por declaração de próprio punho do médico assistente, constando todo o histórico médico do segurado, com diagnósticos, datas e tratamentos realizados e acompanhado dos exames informados.

VI. Dos beneficiários/herdeiros legais:

- a) CPF dos beneficiários indicados ou herdeiros legais (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- b) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) dos beneficiários indicados ou herdeiros legais.

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL
XXIII. CONDIÇÕES ESPECIAIS COBERTURA DE DOENÇAS CONGÊNITAS DE FILHOS (DG)

1. OBJETIVO DA COBERTURA

1.1 Garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, em razão do nascimento de filho com vida, portador de doença congênita prevista nestas Condições Especiais, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais, destas Condições Especiais e do Contrato.**

1.2 As normas constantes nestas Condições Especiais prevalecem sobre quaisquer dispositivos existentes nas Condições Gerais do Seguro.

1.2.1 Definições:

1.2.1.1 Data do Evento - considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado, a data do diagnóstico médico da doença congênita coberta nestas Condições Especiais.

1.2.1.2 Doença Congênita - considera-se como doença congênita, para fins desta cobertura, defeitos anatômicos e funcionais diagnosticados quando do nascimento com vida.

1.2.1.2.1 Estão cobertas as seguintes doenças congênitas:

- Malformação do Sistema Nervoso: Central e Periférico;
- Malformação do Coração (exceto comunicação intra atrial isolada) e de grandes vasos;
- Malformação da traqueia e dos pulmões;
- Malformação dos rins;
- Malformação do aparelho digestivo, do pâncreas e do fígado;
- Malformação dos Membros Superiores e Inferiores, excluindo torcicolo e pé torto;
- Malformação dos órgãos sensoriais, exclusivamente visão e audição; e,
- Anomalias cromossômiais (Síndrome de Down e Síndrome de Tumer).

1.3 O pagamento de qualquer indenização pela Seguradora, em decorrência desta garantia, só será efetuado desde que a data de nascimento do filho ocorra no período de vigência desta cobertura.

2. RISCOS EXCLUÍDOS

2.1. Estão expressamente excluídos desta cobertura os filhos natimortos (pessoa que nasce morta), além dos riscos definidos no item 2 (Riscos Excluídos) das Condições Gerais do Seguro.

3. CAPITAIS SEGURADOS

- 3.1. Os Capitais Segurados serão definidos na forma estabelecida no Contrato.

4. BENEFICIÁRIO

- 4.1. O Beneficiário desta cobertura será sempre o Segurado Principal.

5. OCORRÊNCIA DO SINISTRO

5.1. Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 13 e 14 das Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos básicos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:

- a) Contrato Social atualizado pela respectiva Junta Comercial para comprovação da composição societária e grupo segurado na data do evento;
- b) Declaração da empresa/estipulante informando a data de nascimento de todos os funcionários e sócios/diretores;
- c) Declaração da empresa/estipulante informando se há funcionários afastados com a respectiva data de afastamento pelo INSS e o CID de afastamento;
- d) GFIP completa ou relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove o vínculo empregatício do funcionário e todo o grupo segurado ativo/afastado, do mês do evento e de 02 (dois) meses anteriores ao evento;
- e) Caso o Estipulante seja Condomínio ou Sindicato necessário: Ata de Constituição ou Ata de Eleição.

I. Do segurado:

- a) Comprovante de residência nominal ao segurado e do Filho (na falta enviar Declaração de residência assinada e acompanhada do comprovante de endereço declarado);
- b) CPF do segurado (em caso de não constar em outro documento de identificação);
- c) Documento de identidade (RG / CNH / RNE) do segurado.

II. Da empresa/estipulante:

- a) Ficha de registro de empregado;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento.

III. Do evento/ocorrência:

- a) Certidão de Nascimento;
- b) Declaração do médico assistente, atestando a doença congênita, indicando a data de seu início, causas, circunstância e evidências, acompanhada de exames laboratoriais e especializados, e laudos periciais que a comprovem;
- c) Relatório médico emitido após realização de avaliação médica pericial no sinistrado, realizada por médico representante da seguradora.

IV. Para indenização:

- a) Dados bancários do segurado (com nome do banco, nº da agência e nº da conta, devendo esta ser uma conta em banco Nacional e de titularidade do segurado).

5.2. O Segurado Principal compromete-se a submeter o filho à perícia médica, se requerida pela Seguradora.

5.3. A solicitação de documentos ou outras providências tomadas pela Seguradora não caracterizam, por si só, obrigatoriedade de pagamento da indenização.

5.4. As despesas efetuadas com a comprovação da Doença Congênita de Filho correrão por conta do Segurado Principal, excluídas as realizadas pela Seguradora, a quem serão facultadas todas as medidas.

SEGURO DE PESSOAS CAPITAL GLOBAL
XXIV. CONDIÇÕES ESPECIAIS – CLÁUSULA DE DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTE TÉCNICO

1. DA DISTRIBUIÇÃO DE EXCEDENTES TÉCNICOS

Desde que estabelecido no Contrato, ao final de cada vigência da apólice e depois de pagas todas as faturas do período, será apurado o excedente técnico da apólice, destinando-se **um percentual** do resultado obtido ao Estipulante, ou, no caso de Seguro contributivo, aos Segurados. O resultado ou excedente técnico é o excesso, porventura existente da receita sobre a despesa. Para fins da apuração do resultado técnico consideram-se no mínimo os itens abaixo estabelecidos. Eventuais novos itens de receita e despesas poderão ser incluídas na apuração de excedente técnico mediante prévio acordo entre Seguradora e Estipulante.

1.1. Como Receita para fins de apuração dos resultados técnicos:

- a) Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- c) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR) do período anterior;
- d) Recuperação de sinistros em resseguro.

1.2. Como Despesa para os mesmos fins:

- a) As comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) As comissões de administração (Pró-Labore) pagas durante o período;
- c) As comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) Valor total de sinistros ocorridos em qualquer época e avisados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- e) Valor de sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não avisados (IBNR), considerando-se para tal um percentual sobre os prêmios ou sinistros de competência do período conforme acordado com o Estipulante;
- f) Saldo negativo dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- g) As despesas efetivas de administração, acordadas com o Estipulante;
- h) Prêmios de resseguro;
- i) Os seguintes tributos: PIS, COFINS, CPMF, IR e CSLL;
- j) Despesas de Marketing;
- k) Valor total das despesas de desenvolvimento, confecção e envio de quaisquer materiais de a serem fornecidos aos Segurados;
- l) Valor total das despesas com Assistências.

1.3. As Receitas e Despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) O respectivo dia de pagamento para Prêmio e Comissões;
- b) O dia do aviso à Seguradora, para os Sinistros;
- c) A data da última apuração, para os Saldos Negativos anteriores;
- d) As datas em que incorreram, para as despesas de administração.

A apuração do resultado far-se-á após o término de vigência da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação.