



## **TOKIO MARINE**

**SIMPLES VIDA - VIDA EM GRUPO**

**TRANQUILIDADE,  
BENEFÍCIOS E FLEXIBILIDADE.  
PORQUE UMA EMPRESA É  
FEITA DE PESSOAS.**



**TOKIO MARINE  
SEGURADORA**



## APRESENTAÇÃO

- Apresentamos as Condições Gerais do seu Seguro de **SIMPLES VIDA – VIDA EM GRUPO CAPITAL GLOBAL**, 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-se 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 site eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br).

**Condições Gerais – Versão Dezembro/2025**

**Seguro de Vida em Grupo Capital Global**      Processo SUSEP nº 15414.900080/2019-29

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

## **OUVIDORIA**

### 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](http://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](http://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](http://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 .....	5
2.	CONCEITO DAS COBERTURAS .....	6
3.	RISCOS EXCLUÍDOS .....	19
4.	CARÊNCIA .....	20
5.	FRANQUIA .....	20
6.	ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS .....	20
7.	DA VIGÊNCIA DO SEGURO .....	21
8.	DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS .....	21
9.	DA ACEITAÇÃO DO ESTIPULANTE .....	22
10.	DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS .....	24
11.	DA INCLUSÃO DE CONJUGES .....	25
12.	DA INCLUSÃO DE FILHOS.....	26
13.	BENEFICIÁRIOS .....	27
14.	CAPITAIS SEGURADOS .....	28
15.	CUSTEIO DO SEGURO .....	30
16.	PAGAMENTO DO PRÊMIO .....	30
17.	ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS .....	33
18.	COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS .....	33
19.	LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS .....	35
20.	CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO.....	55
21.	CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL .....	55
22.	CANCELAMENTO DO SEGURO .....	55
23.	PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO .....	56
24.	OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE.....	57
25.	ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA .....	58
26.	MATERIAL DE DIVULGAÇÃO .....	58
27.	DISPOSIÇÕES GERAIS .....	58
28.	PRESCRIÇÃO.....	59
29.	DO FORO .....	59
30.	CONCEITOS.....	59

**CONDIÇÕES GERAIS  
SEGURO DE VIDA EM GRUPO CAPITAL GLOBAL  
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A.**

**1. OBJETIVO DO SEGURO**

O presente Seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma importância, limitado ao valor do Capital Segurado Individual, ao Segurado ou a seu(s) beneficiário(s), caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes do clausulado abaixo, desde que contratadas pelo Estipulante, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

1.2. 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.

1.3. 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.

1.4 As coberturas deste Seguro dividem-se em Básica e Adicional:

1.4.1 Cobertura Básica:

- **Básica – Morte.**

1.4.2 Coberturas Adicionais:

- **IEA – Indenização Especial por Morte Acidental;**
- **IEM – Indenização Extraordinária por Morte;**
- **IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;**
- **DEIA – Despesas Extraordinárias por Invalidez por Acidente;**
- **IPDF – Invalidez Permanente Total por Doença Funcional;**
- **IPDL – Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa;**
- **VIT – Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença;**
- **VITA – Verba por Incapacidade Temporária por Acidentes;**
- **VR – Verbas Rescisórias;**
- **AA – Auxílio Alimentação;**
- **DCF – Doença Congênita de Filhos;**
- **DMHO – Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas.**

1.5. Esse seguro prevê, ainda, a possibilidade de contratação das seguintes Cláusulas Suplementares:

- **IAC – Inclusão Automática de Cônjuge – Básica (Morte);**
- **IAF – Inclusão Automática de Filhos – Básica (Morte).**

1.6. O Estipulante deverá informar no formulário denominado “Proposta de Contratação”, quais coberturas e cláusulas pretendem contratar, sendo a básica obrigatória e as demais facultativas.

**1.7. As coberturas contratadas estarão indicadas na “Proposta de Contratação” e respectivamente, na apólice de seguros.**

## **2. CONCEITO DAS COBERTURAS**

### **2.1. BÁSICA**

#### **2.1.1. Básica - Morte**

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais.**

### **2.2. ADICIONAIS**

#### **2.2.1. IEA - Indenização Especial por Morte Acidental**

Desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura em caso de morte do Segurado causada, **exclusivamente**, por acidente pessoal coberto pelo Seguro, sem prejuízo do pagamento do Capital referente à Cobertura Básica, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

**2.2.1.1 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura, as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.**

#### **2.2.2. IEM – Indenização Extraordinária por Morte**

Desde que contratada, garante o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, seja natural, seja acidental, sem prejuízo do pagamento do Capital Segurado contratado para a cobertura Básica de Morte, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

#### **2.2.3. IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, no caso de perda ou impotência funcional definitiva, TOTAL, de membros ou órgãos, nas hipóteses e graus estabelecidos na **Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 2.2.3.11.)**, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto, mediante comprovação por laudo médico realizado de forma presencial 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 destas Condições Gerais e do Contrato.**

**2.2.3.1. A invalidez por acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea à 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.**

**2.2.3.1.1. 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.**

**2.2.3.2.** 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).

**2.2.3.3.** 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.

**2.2.3.4.** 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.

**2.2.3.5.** 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.

**2.2.3.6.** 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.

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

**2.2.3.8.** Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura, as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.

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

**2.2.3.10.** 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.**



### 2.2.3.11 Tabela para o Cálculo de Indenização em Caso de Invalidez Permanente por Acidente

<b>TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>		
<b>INVALIDEZ PERMANENTE</b>	<b>DISCRIMINAÇÃO</b>	<b>% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA</b>
<b>TOTAL</b>	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
<b>PARCIAL DIVERSAS</b>	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
	Perda Funcional do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25





<b>PARCIAL MEMBROS SUPERIORES</b>	Perda total do uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Perda Funcional de um dos úmeros	50
	Perda Funcional 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.	

<b>PARCIAL MEMBROS INFERIORES</b>	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Perda Funcional de um fêmur	50
	Perda Funcional de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Perda Funcional da rótula	20
	Perda Funcional 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 $\frac{1}{2}$ , 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.		

#### **2.2.4. DEIA – Despesas Extraordinárias por Invalidez por Acidente**

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento do Capital Segurado contratado para esta cobertura, **ou** prestação de serviços, **ou** reembolso de despesas para adaptação de itens à escolha do Segurado, limitado ao capital segurado contratado, **com o objetivo de promover melhor mobilidade e autonomia após a ocorrência de invalidez permanente caracterizada na vigência do Seguro.** A cobertura será devida em caso de perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, nas hipóteses e discriminações estabelecidas na **Tabela para o Cálculo de Indenização (subitem 2.2.3.11.)**, em virtude de lesão física causada por acidente, mediante comprovação por laudo médico realizado de forma presencial 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 destas Condições e do Contrato.**

**2.2.4.1.** Nas localidades onde não esteja disponível rede credenciada para prestação de serviços, o Segurado poderá optar por indenização ou reembolso de despesas, **limitado ao valor do Capital Segurado.**

**2.2.4.2.** 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, sob pena de não pagamento da indenização, caso o segurado a tanto se negue.

**2.2.4.3.** O pagamento da indenização, ou reembolso de despesas, ou prestação de serviços será estabelecido com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

**2.2.4.4.** A reintegração do Capital Segurado para auxílio invalidez permanente 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.

**2.2.4.5.** Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, **estão expressamente excluídas dessa cobertura, as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.**

#### **2.2.5. IPDF – Invalidez Permanente Total por Doença Funcional**

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua invalidez **permanente** total por doença funcional, **exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e no Contrato.**

**2.2.5.1.** Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Permanente Total por Doença Funcional aquela que cause a perda da existência independente do Segurado.

**2.2.5.2.** 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 autônomicas do Segurado, comprovado na forma definida nas Condições Gerais e/ou Especiais do Seguro.

**2.2.5.3.** 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.

**2.2.5.4.** Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura, ainda que resultando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônômicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

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

**2.2.5.5.** 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.

**2.2.5.6.** 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.

**2.2.5.7.** 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.

**2.2.5.8.** 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**

<b>ATRIBUTOS</b>	<b>ESCALAS</b>	<b>PONTOS</b>
<b>RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO</b>	<b>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.</b>	<b>00</b>
	<b>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.</b>	<b>10</b>
	<b>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.</b>	<b>20</b>



<b>CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO</b>	<b>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.</b>	<b>00</b>
	<b>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.</b>	<b>10</b>
	<b>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.</b>	<b>20</b>

<b>CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA</b>	<b>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.</b>	<b>00</b>
	<b>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).</b>	<b>10</b>
	<b>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.</b>	<b>20</b>

**2.2.5.9.** 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**

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

**2.2.5.10.** Ocorrendo a invalidez total e permanente por doença funcional, poderá o Segurado requerer o pagamento do Capital Segurado contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da cobertura básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez funcional 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.

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

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

**2.2.5.11.2.** A cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença Funcional não se acumula com a cobertura básica (morte), Indenização Especial por Morte Acidental (IEA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

**2.2.6. VR – Verbas Rescisórias.**

Desde que contratada, garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta Cobertura a título de verbas rescisórias, em caso de morte do Segurado, seja natural ou acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

**2.2.7. IPDL – Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa**

Desde que contratada, garante ao próprio Segurado o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua invalidez total e permanente por doença laborativa, **exceto se decorrente dos riscos excluídos e observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

**2.2.7.1.** Para fins desta cobertura, entende-se por Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa 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.



**2.2.7.2.** 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.

**2.2.7.2.1.** 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.

**2.2.7.3.** 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 06 (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.

**2.2.7.3.1.** A invalidez por doença laborativa 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,

**2.2.7.3.2.** Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura pessoas que não exerçam qualquer atividade laborativa, as quais não poderão figurar como Segurado nesta circunstância.

**2.2.7.3.3.** 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.

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

**2.2.7.4.** Ocorrendo a invalidez total e permanente por doença laborativa, poderá o Segurado requerer o pagamento do capital contratado. Por ser essa cobertura uma antecipação da Cobertura Básica (morte), o seu requerimento, desde que fique efetivamente comprovada a invalidez total e permanente por doença laborativa 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 do requerimento serão devolvidos, atualizados monetariamente, juntamente com o pagamento do Capital Segurado.

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

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

**2.2.7.5. A cobertura de Invalidez Total e Permanente por Doença Laborativa não se acumula com as coberturas básica (morte), Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).**

#### **2.2.8. VIT – Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ ou Doença**

Desde que contratada esta cobertura, no caso de Incapacidade Total, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, **por período superior a 30 (trinta) 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 efetuará o pagamento de indenização ou serviço de assistência correspondente a produto de Cesta Básica, conforme indicado no contrato, ao próprio segurado, **respeitando o período de franquia contados da data do acidente e/ou doença, exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o período de carência bem como o disposto nestas Condições Gerais e no Contrato.**

**2.2.8.1.** 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, não podendo, em hipótese alguma, ser superior ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura.

**2.2.8.2** A Franquia desta cobertura será de 30 (trinta) dias, por evento durante o período de vigência.

**Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura, 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 de 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 para obesidade em suas várias modalidades, exceto se por tratamento cirúrgico;**
- l) **Cirurgias plásticas com finalidades estéticas ou embelezadoras;**



- m) Gravidez, parto e suas conseqüências, exceto quando houver complicações decorrentes de acidente;
- n) Abortos provocados ou não, e suas conseqüências, exceto quando desencadeado por acidente pessoal;
- o) Epidemias 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.

### **2.2.9. VITA – Verba por Incapacidade Temporária por Acidente**

Desde que contratada esta cobertura, no caso de Incapacidade Total, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, **por período superior a 30 (trinta) dias**, por evento, de o segurado exercer a sua profissão ou ocupação, **causada única e exclusivamente por acidente pessoal devidamente coberto**, a Seguradora efetuará o pagamento de indenização ou serviço de assistência correspondentes a produto de Cesta Básica, conforme indicado no contrato, ao próprio segurado, **respeitando o período de franquia, contados da data do acidente , exceto se decorrentes de riscos excluídos e observado o período de carência bem como o disposto nestas Condições Gerais e no Contrato.**

**2.2.9.1.** 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, não podendo, em hipótese alguma, ser superior ao valor do capital segurado contratado para esta cobertura.

**2.2.9.2** A Franquia desta cobertura será de 30 (trinta) dias, por evento durante o período de vigência.

**2.2.9.3 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura, 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 de 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 para 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 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.

#### **2.2.10. AA - Auxílio Alimentação**

Desde que contratada, garante ao beneficiário o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura a título de Auxílio Alimentação, em caso de morte do Segurado, seja natural ou acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

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

#### **2.2.11. DCF – Doenças Congênitas de Filhos**

Desde que contratada, 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 Gerais, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

##### **2.2.11.1 Definições:**

**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 Gerais, após o nascimento do filho do segurado com vida.

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

**Estão cobertas as seguintes doenças congênitas:**

- **Malformação do Sistema Nervoso: Central e Periférico;**
- **Malformação do Coração (exceto comunicação intra-arterial 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, tais como visão e audição; com exceção do paladar, olfato e tato;**
- **Anomalias cromossômicas (Síndrome de Down e Síndrome de Turner).**

**2.2.11.2 Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa cobertura as doenças infectocontagiosas transmitidas durante a gestação.**

**2.2.11.3** 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.



## **2.2.12 DMHO– Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas.**

Desde que contratada, garante ao próprio segurado, até o valor do capital segurado contratado para esta cobertura, 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 destas Condições Gerais e do Contrato.**

**2.2.12.1** 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.

**2.2.12.2** Cabe ao segurado a livre escolha dos prestadores de serviços médicos, hospitalares e odontológicos, desde que legalmente habilitados.

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

**2.2.12.4** 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**

**2.2.12.5** Além dos riscos mencionados na Cláusula 3 – Riscos Excluídos, estão expressamente excluídas dessa 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. RISCOS EXCLUÍDOS**

**3.1** Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro para os Segurados principais e dependentes, os eventos ocorridos em consequência:

- 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 Proponente Individual e/ou Estipulante;**
- e) **da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s), sócio ou seu 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 suspenso;**
- 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; e
- j) Os ferimentos auto infligidos, sejam de natureza temporária ou permanente, ressalvadas as hipóteses de tentativa de suicídio ocorrida após os dois primeiros anos de vigência inicial da apólice, ou ainda, após sua recondução nos casos em que tenha havido suspensão;
- k) 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.

#### **4. CARÊNCIA**

**4.1.** As coberturas básicas e adicionais de Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL), Despesas Extraordinárias por Invalidez por Acidente (DEIA), Despesas Extraordinárias por Morte (DEM), Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), Auxílio Alimentação (AA), Verbas Rescisórias (VR) e Doenças Congênitas Filhos (DCF) não estão sujeitas a aplicação de período de carência.

**4.2** Haverá carência de 3 (três) meses contados à partir da data de início da vigência individual para a Cobertura de Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (VIT), exclusivamente se decorrente de doença.

**4.3.** Não há carência para eventos decorrentes de acidente pessoal, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido prazo corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos.

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

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

#### **5. FRANQUIA**

**5.1.** As coberturas de Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (VIT) e Verba por Incapacidade Temporária por Acidente (VITA) estão sujeitas ao período de franquias de 30 (dias) por evento durante o período de vigência.

#### **6. ÂMBITO TERRITORIAL DAS COBERTURAS**

**6.1** O presente seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, desde que não sejam caracterizados como risco excluído. Este âmbito geográfico se dará às coberturas que seguem relacionadas: Morte (Básica), IEA (Indenização Especial por Morte Acidental), Despesas Extraordinárias por Morte (DEM), Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Despesas Extraordinárias por Invalidez por Acidente (DEIA), Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL), Auxílio Alimentação (AA), Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas (DMHO).

**6.2** Para as coberturas de Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (VIT), Verba por Incapacidade Temporária por Acidente (VITA), 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.

**6.3** As indenizações serão pagas sempre no Brasil e em moeda corrente nacional, desde que não sejam caracterizados como risco excluído.

## **7. DA VIGÊNCIA DO SEGURO**

**7.1.** O seguro vigorará pelo prazo estabelecido no contrato, podendo ser renovado 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.

**7.2.** 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.

### **7.3. Início de Vigência**

O início de vigência do Seguro referente ao respectivo Estipulante, será a partir das 24 horas da data da recepção da Proposta de Contratação pela Seguradora, ou, a partir da data de início determinada pelo Estipulante, respeitando-se ainda as condições de aceitação previstas no item 8, em ambas as situações.

**7.3.1.** A cobertura do Seguro está condicionada ao recebimento do prêmio pela Seguradora e aceitação da Proposta de Contratação.

## **8. DA VIGÊNCIA DOS SEGUROS INDIVIDUAIS**

O início de vigência individual dar-se-á às 24 (vinte e quatro) horas da data definida na Proposta de Contratação, sendo a cobertura condicionada ao pagamento e recebimento da parcela do prêmio efetuado pelo Estipulante.

**8.1.** Para as novas admissões de segurados após o início de vigência do seguro, o início de vigência individual se dará a partir da data da respectiva admissão do funcionário e/ou inclusão do sócio no contrato social, desde que devidamente elegíveis conforme os critérios das condições de aceitação do seguro.

**8.1.1.** 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.

**8.2.** Os Seguros individuais vigorarão enquanto vigorar o Seguro, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do contrato individual previsto nestas Condições Gerais.

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

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

## **9. DA ACEITAÇÃO DO ESTIPULANTE**

**9.1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.**

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

**9.3 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.**

**9.4 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.**

**9.5** 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.

**9.6** 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.

**9.7** 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.

**9.8 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.**

**9.9 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.**

**9.10 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.**

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



**9.10.2** 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.

**9.11** Despesas incorridas com a contratação são todas aquelas necessárias para que haja a contratação de um seguro, entre elas, mas não se limitando, custos administrativos de pessoas internas e prestadores de serviços externos, custos de sistemas internos e externos, tributos, valores gastos com exames, avaliação médica, entre outros.

**9.12** 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.**

**9.13** 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.**

**9.14** A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitar ou recusar a inclusão/alteração do Estipulante na apólice.

**9.15** A solicitação de esclarecimentos, documentos, entre outros, poderá ser realizada quantas vezes se fizer necessário, à critério da Seguradora.

**9.16. 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.**

**9.17** Qualquer alteração neste Contrato de Seguro deverá ser efetuada mediante nova Proposta de Seguro assinada pelo Estipulante, seu representante legal ou por Corretor de Seguros habilitado que representará o proponente na formação do contrato, na forma da lei. 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.**

**9.18** No caso de não aceitação da Proposta de Seguro, a Seguradora comunicará sua justificativa, por escrito, ao Estipulante, ou seu representante legal.

**9.19** Havendo a contratação para um grupo composto de 01 funcionário e 01 sócio, e no decorrer da vigência da apólice ocorrer o desligamento deste único funcionário sem a possibilidade de substituição da vaga, a apólice deverá ser cancelada. **É vedada a manutenção de apólice ativa somente para o sócio, sem que haja no mínimo 01 funcionário.**

## **10. DA ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS**

### **10.1 A aceitação do Seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.**

**10.2** 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.

**10.2.1** 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.**

**10.1.2** 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.

**10.3** 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.

**10.4** 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.

**10.5** A proibição a que se refere às alíneas “a” e “b” do subitem 10.2 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.

**10.6** A proibição a que se refere às alíneas “a” e “b” do subitem 10.2 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.



**10.7** A proibição a que se refere às alíneas “a” e “b” do subitem 10.2 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.

**10.8** 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.

## **11. DA INCLUSÃO DE CONJUGES**

Desde que contratada a cláusula suplementar de cônjuge, este Seguro prevê e regula a inclusão, automática dos cônjuges dos Segurados Principais que estejam em boas condições de saúde, na qualidade de Segurados Dependentes.

**11.1. Somente serão elegíveis ao seguro os cônjuges dos Segurados Principais aceitos e incluídos no contrato em conformidade com os critérios das condições de aceitação.**

**11.2.** Contratada a inclusão de cônjuge e pago o prêmio adicional, 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, **observados os riscos excluídos, as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

**11.3 O Capital Segurado do cônjuge será de até 100% (cem por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal.**

**11.4** 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.

**11.5** Ao Segurado Principal caberá declarar sobre o estado de saúde de seu cônjuge, nos casos em que se exigir Declaração Pessoal de Saúde.

**11.6** Desfeita a sociedade conjugal, ainda que de fato, ou a união estável, estarão canceladas, , 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.

**11.7** Não será admitido no seguro, o cônjuge do funcionário/sócio que não for aceito no seguro, observados os critérios das condições de aceitação indicados no item 10.

**11.8** Não poderá ser incluído no seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o cônjuge que participe do seguro na qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice de Seguro.

## **12. DA INCLUSÃO DE FILHOS**

**12.1** Desde que contratada a cláusula suplementar de cônjuge, este seguro prevê e regula a inclusão automática dos filhos do Segurado Principal.

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

**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.

**12.3** 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, **observadas as demais cláusulas destas Condições Gerais e do Contrato.**

**12.4** O Capital Segurado dos filhos será de até 50% (cinquenta por cento) do Capital Segurado do respectivo Segurado Principal.

**12.5** 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.

**12.6** 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.

**12.7** Não poderá ser incluído no seguro, na qualidade de Segurado Dependente, o filho do Segurado Principal que já ostente a qualidade de Segurado Principal no mesmo Seguro.

**12.8** Não será admitido no seguro, o(s) filhos do funcionário/sócio que não for aceito no Seguro, observados os critérios das condições de aceitação indicados no item 9.

## **13. BENEFICIÁRIOS**

### **13.1. Indicação**

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

### **13.2. Alteração de Beneficiários**

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

**13.2.1.** Será considerada, em caso de sinistro, a última alteração de Beneficiários de que a Seguradora tenha conhecimento. A seguradora não notificada da substituição será exonerada pagando ao antigo beneficiário.

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

**13.4.** No caso das coberturas de Invalidez Permanente por Acidente (IPA) e Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (VIT), Verba por Incapacidade Temporária por Acidente (VITA), Doenças Congênitas Filhos (DCF), previstas nestas Condições Gerais, o Beneficiário será sempre o próprio Segurado Principal.

### **13.5. Beneficiários dos Segurados Dependentes**

**13.5.1.** 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.

**13.5.1.1.** 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.

### **13.6. Estipulante Beneficiário**

**13.6.1.** Para a cobertura de Verbas Rescisórias (VR) o beneficiário será sempre o Estipulante.

**13.6.1.1.** O Estipulante a qualquer tempo e desde que o faça por escrito a Seguradora anteriormente ao pagamento da indenização poderá abrir mão da indenização a favor do beneficiário(s) "herdeiros legais" ou designados pelo Segurado.

## 14. CAPITAIS SEGURADOS

**14.1** 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.

**14.2** 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:**

### 14.2.1 - 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.

### 14.2.2 - 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.

**14.3.** 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 **14.4, respeitando-se o limite máximo contratado conforme especificado na Apólice.**

**14.3.1.** 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.

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

**14.4.** 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.

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

**14.5.1 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.

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

**14.5.3** Em caso de descumprimento do disposto das cláusulas 14.4.1 e 14.4.2 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.

**14.5.4** 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.

**14.6 – Pagamento do Capital Segurado em Caso de Sócio Pessoa Jurídica**

Se, no momento do sinistro, for verificado que existe sócio pessoa jurídica no Contrato Social, a parte do capital segurado correspondente será paga diretamente ao respectivo sócio pessoa física que estiver vinculado a esse CNPJ.

**14.6.1. Caso exista mais de um sócio vinculado ao CNPJ, haverá o rateio do capital segurado correspondente entre todos os representantes vinculados a esse CNPJ, independentemente das disposições constantes no Contrato Social da pessoa jurídica acerca da distribuição de cotas ou participação societária, conforme o exemplo abaixo:**

**Exemplo: Capital Global dos sócios: R\$150.000,00**

**Quantidade de sócios: 3**

**Contrato Social do CNPJ da apólice contratada:**

Sócio(s)	Rateio	Indenização	
1	CPF	50.000	
2	CPF	50.000	
3	CNPJ (com 2 sócios)	Novo rateio	25.000 para cada sócio (CPF)

**14.6.2 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.**

**14.7. Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do Capital Segurado:**

- a) Na Cobertura Básica (Morte), Despesas Extraordinárias por Morte (DEM), Auxílio Alimentação (AA) e Verbas Rescisórias (VR), a data do falecimento;
- b) Nas Coberturas de Indenização Especial por Morte Acidental (IEA), Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa (IPDL), Despesas Extraordinárias por Invalidez por Acidente (DEIA) e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), a data do acidente;
- c) Na Cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença Funcional (IPDF), a data será a indicada da Declaração Médica, sendo consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda estabelecida através da verificação de evidência documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo;
- d) na Cobertura de Verba por Incapacidade Temporário por Acidente e/ou Doença, a data do afastamento;
- e) na Cobertura de Verba por Incapacidade Temporária por Acidente, a data do afastamento;
- f) Na Cobertura de Doenças Congênitas de Filhos, a data do diagnóstico médico da Doença Congênita coberta, após o nascimento do filho do Segurado com vida.

## **15. CUSTEIO DO SEGURO**

**15.1 O Custeio do Seguro será Não-Contributário, ou seja, o prêmio será pago exclusivamente através de recursos do Estipulante, sem a participação do Segurado.**

## **16. PAGAMENTO DO PRÊMIO**

**16.1 A forma de pagamento do Prêmio poderá ser anual, mensal ou parcelado de acordo com a opção escolhida pelo Estipulante.**

**16.1.1. Qualquer indenização somente passa a ser devida depois que o pagamento integral do prêmio correspondente ao período de cobertura 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.**

**16.1.2. Fica vedada a cobrança ao Segurado taxa de inscrição ou de intermediação.**

**16.1.3. 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.**

**16.1.4. Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução de prêmios ao Segurado, ao Beneficiário ou ao Estipulante.**

**16.2. Para os seguros contratados sob a forma de pagamento parcelada por meio de fracionamento do prêmio o critério adotado será o seguinte:**

**16.2.1. Não será permitida a cobrança de nenhum valor adicional a título de custo administrativo de fracionamento.**

**16.2.2. Será garantido ao Estipulante, quando couber, a possibilidade de antecipar o pagamento de qualquer uma das parcelas com a consequente redução proporcional dos juros pactuados.**

**16.2.3. Configurada a falta de pagamento de qualquer uma das parcelas subsequentes à primeira, a Seguradora enviará ao Estipulante, ou corretor de seguros, ou representante, uma notificação, por qualquer meio idôneo que comprove o respectivo recebimento, concedendo-lhe prazo de 15 (quinze) dias para a purgação da mora, e o advertindo de que, não purgada a mora no novo prazo, suspenderá a garantia e não efetuará pagamento algum relativo a sinistros ocorridos a partir do vencimento original da parcela não paga e de que após 90 (noventa) dias da suspensão da garantia, o contrato será resolvido.**

**16.2.4. O prazo de 15 (quinze) dias se inicia com o recebimento da notificação.**

**16.2.5. Porém, se o Segurado, ou o Estipulante, o corretor de seguros, ou o representante, recusar o recebimento da notificação ou, por qualquer razão, não for encontrado no último endereço informado à Seguradora, o prazo terá início na data da frustração da notificação.**

**16.2.6. A purgação da mora no prazo, a qual inclui o pagamento de multa e de juros moratórios que restabelecerá os efeitos da apólice ou do aditivo pelo período inicialmente contratado.**

**16.2.7. O decurso do prazo, sem a purgação da mora, implicará a suspensão da garantia contratual, sem prejuízo do crédito da Seguradora ao prêmio.**

**16.2.8. O prazo para resolução do contrato somente ocorrerá em 90 (noventa) dias após a última notificação feita ao estipulante.**

**16.2.9. Ainda que seja feito o pagamento subsequente da parcela em aberto, não afastará a suspensão e cancelamento da apólice.**



**16.3. No caso de rescisão total ou parcial do Seguro, a qualquer tempo, por iniciativa do segurado ou com concordância recíproca, a Seguradora reterá o prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.**

**16.3.1. Quando adotado fracionamento de prêmio e na hipótese de rescisão a pedido do Segurado, a sociedade Seguradora reterá o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto, além dos emolumentos.**

**16.4. A falta do pagamento da primeira parcela da apólice ou da parcela única até a data limite para pagamento implicará no cancelamento do seguro desde o início de vigência, independentemente de qualquer interpelação judicial ou extrajudicial.**

**16.4.1** O prazo para o pagamento dessa parcela do prêmio em atraso será de até 45 dias úteis, contados a partir da data do vencimento da parcela pendente, independentemente do pagamento de parcelas subsequentes.

**16.4.2** A parcela do prêmio não paga até os 45 (quarenta e cinco) dias úteis do seu vencimento, poderão ser cobradas judicialmente pela Seguradora e a apólice será cancelada, após 90 (noventa dias) da notificação sobre o inadimplemento e possibilidade de cancelamento, não havendo possibilidade de reabilitação.

**16.4.3** Nenhuma indenização de sinistro será devida até que seja quitada a parcela vencida dentro do prazo de tolerância estabelecido para pagamento.

**16.4.4** Nos casos da cobrança do prêmio por meio cartão de crédito, será responsabilidade do segurado manter os dados atualizados para lançamento da parcela para que não ocorra prejuízos à cobertura do seguro em caso de cancelamento ou validade expirada do cartão.

**16.5 No caso de impedimento do lançamento da parcela mensal do seguro, seja a cobrança por meio de cartão de crédito ou débito em conta, será enviado o boleto da parcela vencida com o valor acrescido de juros e multa.**

**16.5 Cancelamento por falta de pagamento:**

**16.5.1 Para os seguros contratados sob a forma de pagamento mensal, o Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios do Seguro será notificado sobre a parcela em atraso e cientificado de que o não pagamento da parcela em até 45 (quarenta e cinco) dias acarretará o cancelamento da apólice após 90 (noventa dias), independentemente do pagamento de parcelas subsequentes.**

**16.5.1.1 Decorrido o período de tolerância para o pagamento do prêmio, a segura não receberá o prêmio em atraso e o seguro será cancelado por falta de pagamento, observando-se o disposto na cláusula acima.**

**16.5.1.2 Nestes casos, o período de cobertura do seguro será calculado com base no prêmio efetivamente recebido pela Seguradora, observado o critério do cálculo pró-rata temporis.**

**16.5.2. Para os Seguros contratados sob a forma de pagamento parcelado, o Estipulante em atraso com o pagamento dos prêmios será notificado acerca do inadimplemento, suspensão e cancelamento.**



**16.5.2.1. Nesses casos não haverá reabilitação de cobertura.**

## **17. ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS**

Para os Seguros com vigência superior a 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 nos dois meses anteriores aniversário do Seguro.

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

## **18. COMUNICAÇÃO E REGULAÇÃO DE SINISTROS**

**18.1.** 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](http://www.tokiomarine.com.br).

**18.2.** 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.

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

**18.2.1.1** 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.

**18.2.1.2** 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.

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

**18.4 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.**

**18.5** 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.

**18.6** 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.

**18.6.1** 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.

**18.6.2** 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.

**18.6.3** 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.

**18.6.4** 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.

**18.7** 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.

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

**18.9** 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.

**18.10** 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.

**18.11** 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.

**18.12** 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.

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

## **19. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

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

**19.1.1** **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.

**19.1.2** 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**.

**19.1.3** 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 19.1**, respeitado o limite máximo de 120 (cento e vinte) dias.

**19.1.4** 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.

**19.1.5** **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.**

**19.1.6** Em caso de descumprimento do prazo estipulado no **subitem 19.1** 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.

**19.2** 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.**

**19.3 Em caso de sinistro cabe(m) ao(s) beneficiário(s) proceder(em) conforme descrito no item 18 e 19 destas Condições Gerais, bem como providenciar os elementos necessários e documentos descritos abaixo, por meio de imagem digitalizada do documento original ou de sua versão autenticada:**

**19.3.1 Para a Cobertura de *Morte* – *Básica*:**

- 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 03 (três) 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, se houver;
- 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.
- i) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento.

#### **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 que comprovem a condição de beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.**

#### **19.3.2 Para a Cobertura de *Indenização Especial de Morte Acidental*:**

- 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 03 (três) 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) 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) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- f) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- g) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- h) 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;
- i) 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;
- j) Laudo de Necropsia ou Cadavérico (IML);
- k) Prontuário médico hospitalar em caso do segurado ter sido socorrido;
- l) Peças de Inquérito Policial, em caso de morte suspeita;
- m) 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.

**19.3.3 Para as Coberturas de Indenização Extraordinária por Morte:**

- 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 03 (três) 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) 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) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- f) Declaração de óbito emitido pelo SAMU, ou órgão semelhante, em caso de atendimento domiciliar;
- g) Declaração de óbito emitido pelo SVO (Serviço de verificação de óbito);
- h) 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;
- i) 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;
- j) Laudo de Necropsia ou Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;
- k) Prontuário médico hospitalar em caso do segurado ter sido socorrido;
- l) Peças de Inquérito Policial, em caso de morte suspeita;
- m) 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;
- n) 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.

**19.3.4 Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:**

- 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 03 (três) 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) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- d) Croqui do local do Acidente;
- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- f) Declaração de atendimento/resgate do SAMU, ou órgão responsável pelo socorro da vítima;
- g) Exame de Corpo Delito (IML);
- h) Exames de diagnóstico e imagem, que evidenciem a seqüela deixada pelo acidente (data do evento e atual). Ex.: Radiografias, Ressonância magnética, Tomografia, Eletro-neuromiografia, entre outros;
- i) 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;
- j) Prontuário médico completo do atendimento inicial, bem como de todos os atendimentos e tratamentos realizados, como cirurgias/internações, devidamente emitido pelo hospital em que foi atendido/socorrido/tratado;
- k) 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 a 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 seqüela foram esgotados;

- l) Atestado de Saúde Ocupacional do médico do trabalho informando sobre a aptidão do funcionário para retorno as suas atividades laborativas, levando em consideração o acidente sofrido;
- m) Declaração da empresa/estipulante dando ciência de acionamento do seguro diretamente pelo segurado ou seu representante;
- n) 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 seqüela 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.

**19.3.5 Para a Cobertura de Indenização Extraordinária por Invalidez por Acidente:**

- 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 03 (três) 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) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- d) Croqui do local do Acidente;
- e) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- f) Declaração de atendimento/resgate do SAMU, ou órgão responsável pelo socorro da vítima;
- g) Exame de Corpo Delito (IML);
- h) Exames de diagnóstico e imagem, que evidenciem a seqüela deixada pelo acidente (data do evento e atual). Ex.: Radiografias, Ressonância magnética, Tomografia, Eletroneuromiografia, entre outros;
- i) 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;
- j) Prontuário médico completo do atendimento inicial, bem como de todos os atendimentos e tratamentos realizados, como cirurgias/internações, devidamente emitido pelo hospital em que foi atendido/socorrido/tratado;
- k) 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 a 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 seqüela foram esgotados.
- l) Atestado de Saúde Ocupacional do médico do trabalho informando sobre a aptidão do funcionário para retorno as suas atividades laborativas, levando em consideração o acidente sofrido;



- m) Declaração da empresa/estipulante dando ciência de acionamento do seguro diretamente pelo segurado ou seu representante;
- n) 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.

**19.3.6 Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença Funcional:**

- 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 03 (três) 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.

### **19.3.7 Para a Cobertura de Invalidez Permanente Total por Doença Laborativa:**

- 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 03 (três) 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) 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.

### **19.3.8 Para a Cobertura de Verba por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença:**

- 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) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b) Ficha de registro de empregado e Exame admissional;
- c) Comprovantes de renda (holerite da data do evento);
- d) **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;
- e) **Para proprietários de estabelecimento:** contrato social atualizado;
- f) **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;
- g) **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) Exames médicos comprobatórios da lesão / doença;

- 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) 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) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- 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).

#### **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 (duas) testemunhas isentas. Não se aceitará como testemunhas pessoas do mesmo local de trabalho do Segurado/Família.**

**19.3.9 Para a Cobertura *Adicional de Verba Rescisória*, além dos documentos referidos nos subitens 19.3.1 (Morte – Básica) e 19.3.2 (Morte Acidental), serão necessários os seguintes documentos:**

- a) Comprovante de rescisão trabalhista devidamente homologada.

#### **19.3.10 Para a Cobertura de *Auxílio Alimentação*:**

- 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 03 (três) 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 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 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.

**19.3.11 Para a Cobertura Adicional de Doenças Congênitas de Filhos:**

- 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 03 (três) 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.

**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).

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

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

**19.3.11.3 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.**

#### **19.3.12 Para a Cobertura de Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas:**

- 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 03 (três) 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) Declaração da Instituição de ensino ou Contrato de matrícula (em casos de seguros educacionais) comprovando o vínculo do seguro/aluno;
- c) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento.

#### **III. Do evento/ocorrência:**

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial (B.O.), Comunicação de Acidente de Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma);
- b) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na

ocasião do acidente;

- c) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Nota Fiscal discriminando os serviços/valores, em que deve constar o nome do Segurado e contendo o nome do responsável pelo pagamento das despesas juntamente com os pedidos médicos dos procedimentos realizados;
- e) Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal original o procedimento realizado conforme tabela da A.M.B.;
- f) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o tratamento realizado;
- g) Nota fiscal e/ou recibos de pagamento dos atendimentos, procedimentos e/ou medicamentos, acompanhado das devidas prescrições médicas;
- h) Prescrição médica com solicitações de exames e/ou procedimentos;
- i) Prescrição médica de medicamentos;
- j) Prontuário hospitalar com histórico de cirurgia;
- k) 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.

##### **19.3.12.1 Junta Médica**

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.

**19.3.12.1.1 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.**

**19.3.12.1.2** 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.

##### **19.3.12.2 Perícia da Seguradora**

**19.3.12.2.1** 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.



**19.3.12.2.2** 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.

**19.3.12.2.3** 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.

## **20. CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO**

**20.1 Sócios/Diretores:** A Indenização será calculada de acordo com o valor resultante da divisão do Capital Segurado total contratado pelo Estipulante para o grupo de Sócios/Diretores, pela quantidade de Sócios/Diretores incluídos no Seguro e constantes do Contrato Social, relativos ao mês da ocorrência do sinistro.

**20.2 Funcionários:** A Indenização será calculada de acordo com o valor resultante da divisão do Capital Segurado total contratado pelo Estipulante para o grupo de Funcionários, pela quantidade de funcionários incluídos no Seguro e ativos no E-Social e demonstrados na GFIP, relação do FGTS ou outro relatório oficial governamental que comprove a existência do vínculo empregatício, relativos ao mês da ocorrência do sinistro.

## **21. CESSAÇÃO DE COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO INDIVIDUAL**

**21.1 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 Funcional (IPDF);
- d) por solicitação do Segurado Principal, mediante comunicação por escrito;
- e) com cancelamento ou final de vigência, sem renovação, do Seguro individual ou ainda da Apólice.

**21.2 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 o Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que lhe davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora;
- c) com a inclusão do dependente no Seguro na condição de Segurado Principal.

## **22. CANCELAMENTO DO SEGURO**

O seguro será cancelado:

**22.1 por acordo entre o Estipulante e a Seguradora, mediante anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do Grupo Segurado, se resultar ônus ou dever aos Segurados ou redução de seus direitos, respeitando a solicitação expressa com antecedência mínima de 30 (trinta) dias;**

**22.2 pelo descumprimento do pagamento de prêmios.**

### **23. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO**

**23.1 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, qualquer uma das hipóteses abaixo descritas:**

**23.2 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;**

**23.3 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.**

**23.3.1 O segurado está obrigado a comunicar à seguradora, tão logo dele tome conhecimento, qualquer fato suscetível de agravar de maneira relevante o risco coberto:**

**23.3.2 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.**

**23.4 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.**

**23.5 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.**

**23.5.1 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.

**23.5.2** 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.

**23.6** 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.

**23.6.1** 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.

**23.7** For omissa ou inerte quanto a entrega de documentos solicitados pela Seguradora, culminando na inconclusão do procedimento de regulação e liquidação de sinistros;

**23.8** 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.

## **24. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE**

### **24.1** 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; e
- 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.

#### **24.2 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.

### **25. ALTERAÇÕES DO SEGURO DURANTE A VIGÊNCIA**

**25.1** O presente seguro poderá ser alterado, em qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante.

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

**25.2.1** 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.

**25.3** Qualquer modificação da apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados ou redução dos seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, 3/4 (três quartos) do grupo segurado.

**25.4** 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.

### **26. MATERIAL DE DIVULGAÇÃO**

**26.1** 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.

### **27. DISPOSIÇÕES GERAIS**

**27.1** 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.

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

**27.3** O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br).

## 28. PRESCRIÇÃO

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

## 29. DO FORO

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

## 30. CONCEITOS

### 30.1 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:

#### **Incluem-se, nesse conceito:**

- o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparada, para fins de indenização, o acidente pessoal, observado 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.

#### **30.1.1 Excluem-se deste 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 ferimento visível causado 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 30.1, acima.

### **30.2. 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.**

### **30.3 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).

### **30.4 Beneficiários**

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

### **30.5 Capital Segurado**

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

### **30.6 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.

### **30.7 Carregamento**

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

### **30.8 Condições Contratuais**

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

### **30.9 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.

### **30.10 Condições Especiais**

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

### **30.11 Contrato Coletivo**

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.

### **30.12 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.

### **30.13 Documentos contratuais**

É a apólice e os endossos do seguro.

### **30.14 Doenças, lesões e acidentes Preexistentes**

São sinais, sintomas, estados mórbidos e doenças contraídas ou acidente sofrido pelo segurado, antes da contratação do seguro e que seja de seu conhecimento.

### **30.15 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.

### **30.16 Endosso**

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

### **30.17 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.

### **30.18 Franquia**

É o período contínuo, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o Segurado não terá direito à cobertura do Seguro.

### **30.19 Grupo Segurado**

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

### **30.20 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.

### **30.21 Indenização**

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

### **30.22 Início de vigência**

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

### **30.23 Prêmio**

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



### **30.24 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 adesão 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.

### **30.25 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.

### **30.26 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.

### **30.27 Segurados**

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

### **30.28 Segurados Principais**

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

### **30.29 Segurados Dependentes**

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

**30.30** 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.**

### **30.31 Seguradora**

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



### **30.32 Sinistro Coberto**

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.

### **30.33 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.