

**CONDIÇÕES GERAIS DO
SEGURO DE PESSOAS - COLETIVO**

SULAMÉRICA CAPITAL GLOBAL

ÍNDICE

1. DAS CARACTERÍSTICAS
 2. DAS DEFINIÇÕES
 3. DO OBJETIVO DO SEGURO
 4. DAS GARANTIAS DO SEGURO
 5. DOS RISCOS EXCLUÍDOS
 6. DO ÂMBITO GEOGRÁFICO
 7. DA CARÊNCIA
 8. DA ACEITAÇÃO DO SEGURO
 9. DA VIGÊNCIA E DA RENOVAÇÃO DO SEGURO
 10. DO CAPITAL SEGURADO
 11. DA ATUALIZAÇÃO E DA ALTERAÇÃO DE VALORES CONTRATADOS
 12. DO PAGAMENTO DE PRÊMIOS
 13. DA TOLERÂNCIA DO SEGURO
 14. DO CANCELAMENTO DO SEGURO
 15. DA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS
 16. DA PERDA DE DIREITOS
 17. DOS BENEFICIÁRIOS
 18. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE
 19. DO MATERIAL DE DIVULGAÇÃO DO SEGURO
 20. DO EXCEDENTE TÉCNICO
 21. DA TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS
 22. DO FORO
 23. DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
- ANEXO I - TABELA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – IPA
- ANEXO II - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF

CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO DE PESSOAS - COLETIVO

1. DAS CARACTERÍSTICAS

- 1.1. **A Sul América Seguros de Pessoas e Previdência S.A.**, CNPJ nº 01.704.513/0001-46, doravante denominada **SulAmérica**, institui o presente Plano de Seguro de Pessoas Coletivo, estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, na modalidade de Benefício Definido, descrito nestas Condições Gerais e devidamente registrado na Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, sob o Processo nº **15414.001185/2012-27**.
- 1.2. **DEVIDO À NATUREZA DO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, ESTE PLANO NÃO PERMITE A CONCESSÃO DE RESGATE, SALDAMENTO, SEGURO PROLONGADO OU DEVOLUÇÃO DE QUAISQUER PRÊMIOS PAGOS, UMA VEZ QUE CADA PRÊMIO É DESTINADO A CUSTEAR O RISCO DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES NO PERÍODO DE COBERTURA.**
- 1.3. Estas Condições Gerais estabelecem os direitos e as obrigações da **SulAmérica**, do Estipulante, dos Segurados do plano e de seu(s) Beneficiário(s).
- 1.4. As presentes Condições Gerais serão complementadas por Contrato firmado entre a **SulAmérica** e o Estipulante, contendo as condições específicas de operacionalização do plano.

2. DAS DEFINIÇÕES

- 2.1. Para os fins destas Condições Gerais, as expressões abaixo terão os significados aqui determinados e aparecerão no texto em letra inicial maiúscula, sendo que o masculino incluirá o feminino e o singular incluirá o plural e vice-versa:

Aceitação: concordância da **SulAmérica** com a contratação pelo Estipulante ou a adesão do Proponente ao Risco Coberto.

Acidente Pessoal: evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado, observando-se que:

a) Incluem-se no conceito:

- a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de Indenização, a Acidente Pessoal, observada a legislação em vigor;
- a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;
- a.3) acidentes decorrentes de escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4) acidentes decorrentes de sequestro e tentativas de sequestros; e

a.5) acidentes decorrentes de alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações, radiologicamente comprovadas.

B) NÃO SE INCLUEM NO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL:

B.1) AS DOENÇAS, INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS, QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, SEPTICEMIAS E EMBOLIAS RESULTANTES DE FERIMENTO VISÍVEL CAUSADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO;

B.2) AS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;

B.3) AS LESÕES DECORRENTES, DEPENDENTES, PREDISPOSTAS OU FACILITADAS POR ESFORÇOS REPETITIVOS OU MICROTRAUMAS CUMULATIVOS, OU QUE TENHAM RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO COM OS MESMOS, ASSIM COMO AS LESÕES CLASSIFICADAS COMO: LESÃO POR ESFORÇOS REPETITIVOS – LER, DOENÇAS OSTEO-MUSCULARES 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-TRATAMENTO, INCLUSIVE CIRÚRGICOS, EM QUALQUER TEMPO; E

B.4) 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.

Agravamento de Risco: aumento da probabilidade de ocorrência do Risco Coberto ou da intensidade de seus efeitos por ato do Segurado, Principal ou Dependente, ou do Estipulante.

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

Aparelho Locomotor: conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

Apólice: documento emitido pela **SulAmérica**, formalizando a Aceitação da cobertura solicitada pelo Estipulante.

Atividade Laborativa: qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.

Auxílio: ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

Aviso de Sinistro: comunicação específica de um Sinistro, que o Estipulante, o Segurado ou Beneficiário são obrigados a fazer à **SulAmérica**, com a finalidade de dar conhecimento imediato a esta da ocorrência do Evento Coberto, devendo ser realizada imediatamente após a ocorrência do Sinistro.

Beneficiário: pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos Capitais Segurados, na hipótese de ocorrência do Sinistro. Na hipótese da contratação de cláusula suplementar para inclusão de cônjuge e/ou filho, o Beneficiário será o Segurado Principal.

Boa-Fé: princípio que obriga as partes a agirem com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao Contrato de seguro. Neste conceito, inclui-se a obrigação do Segurado de prestar informações verdadeiras na Proposta de Adesão e durante a vigência de todo o Contrato, declarando, também no decorrer da Vigência da Apólice, qualquer alteração no risco.

Cancelamento da Apólice ou do Risco Individual: ato pelo qual a Apólice e/ou o Risco Individual são cancelados antes do término de sua Vigência.

Cardiopatia Grave: doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave” e da “II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave”, e suas respectivas atualizações, ou outra publicação expedida pela Sociedade Brasileira de Cardiologia que vise substituir qualquer um dos documentos mencionados.

Capital Segurado Total: valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela **SulAmérica** na ocorrência do Sinistro coberto pela Apólice, vigente na data do evento.

Capital Segurado Individual: valor máximo para a Cobertura contratada a ser pago pela **SulAmérica** na ocorrência do Sinistro coberto pela Apólice, resultante da divisão entre o capital segurado total da apólice e a quantidade de segurados existentes na data do sinistro coberto.

Carência: período, contado a partir do início de Vigência da Apólice ou do aumento do Capital Segurado, durante o qual, mesmo tendo sido pagos os Prêmios, o Segurado ou os Beneficiários não terão direito ao recebimento do Capital Segurado contratado na ocorrência do Sinistro.

Carregamento: importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização do seguro.

Coberturas de Risco: coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré-determinada.

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

Conectividade do Segurado com a Vida: capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.

Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes na Proposta de Contratação, nas Condições Gerais, nas Condições Especiais, na Apólice e do Contrato.

Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo as obrigações e direitos da **SulAmérica**, dos Segurados, dos Beneficiários e do Estipulante.

Consignante: pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação do desconto e pelo respectivo repasse em favor da **SulAmérica**, correspondentes aos Prêmios devidos pelas Seguradas.

Consumpção: definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

Contrato: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a **SulAmérica**, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da **SulAmérica**, dos Segurados e dos Beneficiários.

Custeio do Seguro: o custeio será sempre:

Não Contributário: em que os Segurados não participam do Custeio do Seguro, sendo o Prêmio pago integralmente pelo Estipulante.

Dados Antropométricos: medidas corporais do Segurado, como peso e a altura.

Data do Evento: data da ocorrência do Evento/Risco Coberto.

Declaração Pessoal de Saúde e de Atividade: documento no qual o Proponente fornece, para análise da **SulAmérica**, informações sobre o seu estado de saúde e atividade, assinando-o e responsabilizando-se pela veracidade das informações prestadas, nos termos do artigo 766 do Código Civil.

Deficiência Visual: qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

Disfunção Imunológica: incapacidade de o corpo prover uma resposta imunológica normal às Doenças que o acometem, podendo a disfunção ser genética ou adquirida em virtude de Doença.

Doença Preexistente: Doença de conhecimento prévio do segurado e não declarada na proposta de adesão.

Doença Congênita: aquela que nasce com o indivíduo e que necessita de acompanhamento médico e tratamento especializado, e, para fins deste Seguro, diagnosticada até o 6º mês de vida do recém-nascido, resultante de má-formação do organismo, seja qual for a sua causa.

Doença Crônica em Atividade: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que se mantém ativa apesar do tratamento.

Doença Crônica de Caráter Progressivo: doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

Doença do Trabalho: aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada pelo Segurado, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

Doença Neoplásica Maligna Ativa: crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação, sendo conhecidos como cânceres ou tumores malignos em atividade.

Doença Terminal: doença em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o doente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo Médico Assistente.

Estados Conexos: relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

Estado Mórbido: piora de uma Doença.

Estipulante: pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulamentação em vigor.

Etiologia: causa da Doença.

Evento Coberto: acontecimento futuro, possível e incerto, de natureza súbita, involuntária e imprevisível passível de ser indenizada pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais ocorrido durante a vigência do Seguro.

Excedente Técnico: saldo positivo obtido pela **SulAmérica** na apuração do resultado operacional de uma Apólice coletiva, em determinado período.

Fatores de Risco e Morbidade: aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma Doença, ou que com ela interage.

Grupo Segurado: totalidade do Grupo Segurável efetivamente aceita e incluída na Apólice coletiva.

Grupo Segurável: é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante que reúne as condições para inclusão na Apólice coletiva, nos termos do Contrato.

Indenização: valor a ser pago pela **SulAmérica** aos Beneficiários, quando da ocorrência do Sinistro, respeitadas as Condições Contratuais e o limite do Capital Segurado.

Indexador: índice contratado para atualização monetária dos valores relativos ao plano. Este plano adota como indexador o Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IPCA/IBGE. No caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, será utilizado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC/IBGE.

Início de Vigência: data a partir da qual as Coberturas de Risco propostas serão garantidas pela **SulAmérica**.

Início de Vigência da Cobertura Individual: data a partir da qual a **SulAmérica** assume a cobertura dos eventos previstos nestas Condições Gerais para cada Segurado.

Liquidação do Sinistro: procedimento por meio do qual a **SulAmérica**, avisada de um Sinistro, apura os prejuízos ou os efeitos contratuais dele decorrentes e se pronuncia quanto ao pagamento do Capital Segurado.

Médico Assistente: profissional devidamente habilitado para a prática da medicina, de escolha do Segurado, responsável pelo seu acompanhamento clínico e pelo diagnóstico e conduta realizados. **Não serão aceitos como médico assistente o próprio segurado, seu cônjuge, dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina, não cabendo nestes casos, nenhuma Indenização por parte da SulAmérica.**

Perda da Existência Independente: ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado.

Período de Cobertura: aquele durante o qual o Segurado ou o Beneficiário, quando for o caso, fará jus ao Capital Segurado contratado.

Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao Custeio do Seguro.

Prognóstico: juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma Doença.

Proponente: pessoa física pertencente ao Grupo Segurável interessada em aderir ao Contrato.

Proposta de Adesão: documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Proposta de Contratação: documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o Proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.

Quadro Clínico: conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

Relações Existenciais: relações que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de Conectividade com a Vida.

Regime Financeiro de Repartição Simples: estrutura técnica em que os Prêmios pagos por todos os Segurados do plano, em um determinado período, deverão ser suficientes para pagar as Indenizações decorrentes dos eventos ocorridos nesse período, sendo este o regime adotado por este plano de seguro.

Resgate: instituto que permite ao Segurado, antes da ocorrência do Sinistro, o Resgate de recursos da provisão matemática de benefícios a conceder. **ESTE PLANO ESTÁ ESTRUTURADO SOB O REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES E NÃO PREVÊ A POSSIBILIDADE DE RESGATE.**

Risco Coberto: evento coberto, previstos nestas Condições Gerais, ocorridos durante a Vigência da Apólice.

Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nestas Condições Gerais e/ou Especiais que não serão cobertos.

Saldamento: direito à manutenção da cobertura com redução proporcional do Capital Segurado contratado na eventualidade da interrupção definitiva do pagamento dos Prêmios. **ESTE PLANO ESTÁ ESTRUTURADO SOB O REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES E NÃO PREVÊ A POSSIBILIDADE DE SALDAMENTO.**

Segurado: pessoa física sobre a qual se procederá a avaliação do risco e se estabelecerá o seguro, sendo denominado Segurado Principal, quando mantiver vínculo com o Estipulante, e Segurado Dependente, quando aderir ao Contrato por intermédio do Segurado Principal.

Seguro Prolongado: direito à manutenção temporária da cobertura, com o mesmo Capital Segurado contratado, na eventualidade de ocorrer a interrupção definitiva do pagamento dos Prêmios. **ESTE PLANO**

ESTÁ ESTRUTURADO SOB O REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES E NÃO PREVÊ A POSSIBILIDADE DE SEGURO PROLONGADO.

Sentido de Orientação: faculdade do indivíduo se identificar, se relacionar e se deslocar livremente com e pelo meio ambiente externo que o cerca, sem qualquer Auxílio.

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

Sinistro: ocorrência do Risco Coberto durante o período de Vigência do plano de seguro.

Subestipulante: pessoa física ou jurídica que subcontrata o plano de seguro em favor de grupo que a ele se vincule, denominado sub-grupo, ficando investida dos poderes de representação deste sub-grupo.

Taxa do seguro: é o resultado do cálculo constante da tarifa elaborada pela **SulAmérica** que determinará o valor do Prêmio.

Tolerância: período estabelecido no contrato, durante o qual, mesmo ocorrendo a inadimplência do pagamento dos Prêmios, haverá o pagamento da Indenização pela **SulAmérica**.

Transferência Corporal: capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer Auxílio.

Verbas Rescisórias: são os valores devidos pelo Empregador ao(s) herdeiro(s) do colaborador por extinção do Contrato de Trabalho em razão de seu falecimento.

Vigência do Seguro: período de tempo fixado na Apólice para validade do seguro contratado com o Estipulante.

Vigência da Cobertura Individual: período de tempo fixado na Apólice durante o qual o Segurado terá direito à cobertura do seguro.

3. DO OBJETIVO DO SEGURO

3.1. Este plano de seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma Indenização ao Segurado ou aos seus Beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **exceto se decorrente de Risco Excluído e desde que respeitadas estas Condições Gerais.**

4. DAS COBERTURAS DO SEGURO

4.1. As garantias passíveis de contratação para esse seguro são as abaixo mencionadas:

4.1.1. Morte

4.1.2. Morte por Acidente

4.1.3. Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente

4.1.4. Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

4.1.5. Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge

4.1.6. Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos

4.1.7. Doenças Congênitas

4.1.8. Verbas Rescisórias

4.2. As coberturas contratadas serão de acordo com a opção feita pelo Estipulante e ou Subestipulante na Proposta de Contratação e ratificadas na Apólice do Seguro.

4.3. As coberturas dividem-se em básicas e adicionais.

COBERTURAS BÁSICAS:

4.4. MORTE

Cobre a Morte do Segurado e garante o pagamento de uma Indenização no valor do Capital Segurado aos Beneficiários.

4.5. MORTE POR ACIDENTE

Se contratada esta cobertura cobre a Morte por Acidente do Segurado e garante o pagamento de uma indenização no valor do Capital Segurado.

COBERTURAS ADICIONAIS:

4.6. INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

Se contratada cobre a invalidez permanente total ou parcial por acidente do Segurado, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de membro ou órgão por lesão física, conforme tabela constante no Anexo I, causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrida durante a Vigência da Apólice, **exceto se decorrente de Risco Excluído**, e garante o pagamento de uma Indenização ao próprio Segurado, no valor do Capital Segurado contratado.

4.6.1. A invalidez somente será considerada permanente quando, após a conclusão de tratamento, e desde que esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, for constatada e avaliada, quando da alta médica definitiva, a existência de invalidez permanente. Para efeito destas Condições Gerais, considera-se invalidez permanente os casos relacionados na tabela constante do Anexo I, desde que provocados por Acidente Pessoal.

4.6.2. Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a Indenização por invalidez permanente parcial será calculada pela aplicação, à porcentagem prevista na tabela constante do Anexo I para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

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

4.6.4. A Indenização será calculada com base nas hipóteses e graus estabelecidos na tabela constante no Anexo I. Nos casos não especificados na referida tabela, a Indenização será estabelecida

tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, não sendo considerada para tanto a sua atividade profissional.

4.6.5. Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a Indenização deve ser calculada somando-se as percentagens respectivas, cujo total não pode exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado.

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

4.6.7. Para efeito de Indenização, a perda ou maior redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do Acidente Pessoal deve ser deduzida do grau de invalidez definitiva.

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

4.6.9. Em caso de invalidez parcial por acidente o Capital Segurado será reintegrado automaticamente, após cada sinistro, sem cobrança de Prêmio adicional.

4.6.10. A INVALIDEZ PERMANENTE DEVERÁ SER COMPROVADA MEDIANTE DECLARAÇÃO MÉDICA A SER AVALIADA PELA SULAMÉRICA. A APOSENTADORIA CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ O ESTADO DE INVALIDEZ PERMANENTE.

4.6.11. Se, depois de paga a Indenização por invalidez permanente por acidente, verificar-se a morte do segurado em consequência do mesmo acidente, a importância já paga por invalidez permanente deve ser deduzida do valor do Capital Seguro por morte, se contratada esta cobertura.

4.6.12. RECONHECIDA A INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL PELA SEGURADORA, A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA DE UMA ÚNICA VEZ E O SEGURADO SERÁ AUTOMATICAMENTE EXCLUÍDO DO SEGURO, COM A CONSEQUENTE DEVOLUÇÃO DE VALORES EVENTUALMENTE PAGOS APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, DEVIDAMENTE ATUALIZADOS.

4.7. INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - IFPD

4.7.1. Se contratada cobre a Invalidez Funcional Permanente Total consequente de doença, que cause a perda da existência independente do Segurado e garante o pagamento de uma Indenização no valor do Capital Segurado ao próprio Segurado.

4.7.2. A perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados na Cláusula "Da Liquidação do Sinistro".

4.7.3. O Risco Coberto, comprovado segundo critérios vigentes à época do pagamento da Indenização e adotado pela classe médica especializada, **deverá ser proveniente exclusivamente dos seguintes quadros clínicos:**

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de cardiopatia grave;
- b) Doenças Neoplásicas Malignas Ativas, sem Prognóstico 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 e, conseqüentemente, sua 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 da consciência, única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestadas 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, proveniente de:
 - (i) cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - (ii) baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - (iii) casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
 - (iv) ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Estados Mórbidos, decorrentes de doença que acarretem:
 - (i) perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - (ii) perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - (iii) perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- i) Doença Terminal, diagnosticada por Médico Assistente habilitado durante a Vigência da Apólice.

4.7.4. OUTROS QUADROS CLÍNICOS INCAPACITANTES PODERÃO SER RECONHECIDOS COMO RISCOS COBERTOS DESDE QUE, QUANDO AVALIADOS POR MEIO DO INSTRUMENTO

DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL - IAIF (ANEXO II), ATINJAM, NO MÍNIMO, 60 (SESSENTA) PONTOS, DE UM TOTAL DE 80 (OITENTA) PONTOS POSSÍVEIS.

4.7.5. O IAIF é composto por dois documentos:

a) Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, a qual avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de Conectividade do Segurado com a vida, as quais são denominados Atributos e avaliados conforme abaixo:

(i) o 1º grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto, considerando que o Quadro Clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas; e

(ii) para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.

b) Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e Morbidade, a qual mensura as evidências médicas positivas de cada uma das situações ali previstas.

4.7.6. Poderá ser fixado no Contrato uma Carência para o pagamento da Indenização, contada do início da Vigência da Apólice ou do aumento do Capital Segurado, no que diz respeito à parcela do Capital Segurado que foi aumentada.

4.7.7. A APOSENTADORIA POR INVALIDEZ CONCEDIDA POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA, OU ASSEMELHADAS, INCLUINDO-SE AS INSTITUIÇÕES PRIVADAS DE PREVIDÊNCIA, NÃO CARACTERIZA POR SI SÓ A INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA PARA EFEITOS DESTAS CONDIÇÕES GERAIS.

4.7.8. A SULAMÉRICA RESERVA-SE O DIREITO DE NÃO CONSIDERAR QUADROS CLÍNICOS CERTIFICADOS POR DOCUMENTOS MÉDICOS QUE APENAS CARACTERIZEM INCAPACIDADE PARCIAL E OU DE NATUREZA PROFISSIONAL.

4.7.9. RECONHECIDA A INVALIDEZ FUNCIONAL PELA SEGURADORA, A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA DE UMA ÚNICA VEZ E O SEGURADO SERÁ AUTOMATICAMENTE EXCLUÍDO DO SEGURO, COM A CONSEQUENTE DEVOLUÇÃO DE VALORES EVENTUALMENTE PAGOS APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, DEVIDAMENTE ATUALIZADOS.

4.8. CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE CÔNJUGE

Desde que contratada, garante o pagamento de uma Indenização, caso ocorra a Morte do Segurado Dependente, que tenha ingressado no seguro na condição de cônjuge do Segurado Principal.

4.8.1. A inclusão de cônjuge do Segurado Principal, na condição de Segurado Dependente, conforme estabelecido no Contrato, ocorrerá da seguinte forma:

a) automática: quando abranger os cônjuges de todos os Segurados Principais

4.8.2. Os cônjuges dos novos Proponentes e dos Segurados que vierem a se casar após o início da Vigência da Apólice serão incluídos automaticamente.

4.8.3. Equipara-se ao cônjuge a (o) companheira (o) do Segurado Principal se, ao tempo da adesão à Apólice, o Segurado Principal era separado judicialmente ou já se encontrava separado de fato.

4.8.4. EM CASO DE SEPARAÇÃO, JUDICIAL OU DE FATO, O EX-CÔNJUGE OU EX-COMPANHEIRO(A) PERDE A CONDIÇÃO DE DEPENDENTE DO SEGURADO PRINCIPAL.

4.8.5. O critério para determinação do Capital Segurado referente a esta Cláusula Suplementar, deverá estar expressamente estabelecido no respectivo Contrato.

4.8.6. O Capital Segurado corresponderá a um percentual da cobertura básica estabelecido contratualmente, e não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do Segurado Principal.

4.9. CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE INCLUSÃO DE FILHOS

4.9.1. Desde que contratada, garante o pagamento de uma Indenização ao Segurado Principal, caso ocorra a morte do Segurado Dependente, que tenha ingressado no seguro na condição de filho do Segurado Principal.

4.9.2. A inclusão de filho(s) do Segurado Principal, na condição de Segurado Dependente, conforme estabelecido no Contrato, ocorrerá da seguinte forma:

a) automática: quando abranger os cônjuges de todos os Segurados Principais.

4.9.3. Além dos filhos do Segurado Principal, poderão ingressar no plano o enteado, o tutelado (quando sob a guarda judicial do Segurado Principal) e outros, **DESDE QUE SEJAM DEPENDENTES ECONÔMICOS DO SEGURADO PRINCIPAL, NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA. A IDADE LIMITE PARA INGRESSO DOS FILHOS PODERÁ SER ESTABELECIDO NO CONTRATO.**

4.9.4. Os filhos do Segurado Principal, nascidos após o início da Vigência do Certificado Individual do Segurado Principal, serão incluídos automaticamente.

4.9.5. QUANDO AMBOS OS CÔNJUGES ESTIVEREM NO MESMO GRUPO SEGURADO NA CONDIÇÃO DE SEGURADOS PRINCIPAIS, OS FILHOS SOMENTE PODEM SER INCLUÍDOS UMA ÚNICA VEZ, COMO DEPENDENTES DAQUELE DE MAIOR CAPITAL SEGURADO, SENDO ESTE DENOMINADO SEGURADO PRINCIPAL PARA EFEITO DESTA CLÁUSULA SUPLEMENTAR.

4.9.6. NA HIPÓTESE DE MORTE SIMULTÂNEA (COMORIÊNCIA) DO SEGURADO PRINCIPAL E DO(S) SEGURADO(S) DEPENDENTE(S), OS CAPITAIS SEGURADOS REFERENTES ÀS COBERTURAS DOS SEGURADOS, PRINCIPAL E DEPENDENTE(S), DEVERÃO SER PAGOS AOS RESPECTIVOS BENEFICIÁRIOS INDICADOS OU, NA AUSÊNCIA DESTES, AOS HERDEIROS LEGAIS DOS SEGURADOS.

4.9.7. O critério para determinação do Capital Segurado referente a esta Cláusula Suplementar, deverá estar expressamente estabelecido no respectivo Contrato.

4.9.8. O Capital Segurado corresponderá a um percentual da cobertura básica estabelecido contratualmente, e não poderá ser superior a 100% (cem por cento) do Capital Segurado do Segurado Principal.

4.9.9. PARA OS SEGURADOS MENORES DE 14 (QUATORZE) ANOS A COBERTURA DE MORTE DESTINA-SE AO REEMBOLSO DAS DESPESAS COM O SEU FUNERAL, NOS TERMOS ESTABELECIDOS NO CONTRATO, LIMITADO AO CAPITAL SEGURADO CONTRATADO. AS DESPESAS COM O FUNERAL DEVERÃO SER COMPROVADAS MEDIANTE APRESENTAÇÃO DAS NOTAS FISCAIS ORIGINAIS COM A DESCRIÇÃO DO SERVIÇO E/OU OBJETO, OBSERVANDO-SE QUE:

A) NÃO ESTÃO COBERTAS AS DESPESAS COM A AQUISIÇÃO DE TERRENOS, JAZIGOS OU CARNEIROS; E

B) O REEMBOLSO DAS DESPESAS SERÁ LIMITADO AO VALOR DO CAPITAL SEGURADO.

4.10. DOENÇAS CONGÊNITAS

4.10.1. Desde que contratada e pago o prêmio adicional referente a essa cobertura, garante o pagamento de uma indenização, em parcela única, ao Segurado Principal, no caso de nascimento de filho portador de doença congênita e que necessite acompanhamento médico e tratamento especializado, resultante de má formação do organismo.

4.10.2. A DOENÇA CONGÊNITA DEVE SER COMPROVADA POR DOCUMENTAÇÃO MÉDICA PERTINENTE ATÉ O 6º (SEXTO) MÊS APÓS O DIA DO NASCIMENTO DO FILHO, DEVENDO, AINDA SER RECONHECIDA PELA SEGURADORA

4.10.2.1. NÃO SERÃO ACEITOS COMO MÉDICO ESPECIALISTA O PRÓPRIO SEGURADO, SEU CÔNJUGE, SEUS DEPENDENTES, PARENTES CONSANGUÍNEOS OU AFINS, MESMO QUE HABILITADOS À PRÁTICA DA MEDICINA.

4.10.3. QUANDO O PAI E A MÃE FOREM COMPONENTES PRINCIPAIS DO MESMO GRUPO SEGURADO, A INDENIZAÇÃO É DEVIDA SOMENTE PARA UM DELES, QUANDO FOR O CASO, PARA AQUELE QUE APRESENTAR MAIOR CAPITAL SEGURADO, PASSANDO ESTE A SER, PARA EFEITOS DESTA CLÁUSULA O SEGURADO / COMPONENTE PRINCIPAL.

4.10.4. O CAPITAL SEGURADO SERÁ DIVIDIDO PROPORCIONALMENTE PELA QUANTIDADE DE FILHOS NASCIDOS VIVOS EM CASO DE NASCIMENTO DE MAIS DE UMA CRIANÇA EM UM MESMO PARTO, SE CONSTATADA A DOENÇA CONGÊNITA PARA AMBOS.

4.10.5. O Capital Segurado corresponderá ao percentual da cobertura básica estabelecido contratualmente.

4.10.6. Após o pagamento da indenização o Capital Segurado será automaticamente reintegrado.

4.11. VERBAS RESCISÓRIAS

4.11.1. Desde que contratada e pago o prêmio adicional referente a essa Cobertura, garante ao Estipulante uma indenização referente ao reembolso das despesas efetuadas com a rescisão do contrato de trabalho, em decorrência da morte do segurado principal, durante a vigência do seguro, **DESDE QUE O SINISTRO NÃO DECORRA DE RISCO EXCLUÍDO.**

4.11.2. O Capital Segurado corresponderá a um percentual da cobertura básica e será estabelecido contratualmente.

4.11.3. A Indenização da cobertura de Verbas Rescisórias somente será paga mediante apresentação de documentos, originais ou cópias autenticadas, que comprovem a quitação da rescisão trabalhista do Segurado falecido.

4.11.4. A cobertura de Verbas Rescisórias poderá ser contratada somente para o grupo de funcionários, uma vez que visa indenizar à empresa os custos com a rescisão trabalhista, caso haja a morte de seu funcionário na condição de segurado principal.

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

4.12. AS COBERTURAS ADICIONAIS DESTE SEGURO PODERÃO SER CONTRATADAS ISOLADAMENTE, DESDE QUE CONTRATADA UMA DAS A COBERTURAS BÁSICAS.

5. DOS RISCOS EXCLUÍDOS

5.1. **MESMO DURANTE A VIGÊNCIA DA APÓLICE, A SULAMÉRICA NÃO REALIZARÁ O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO AO SEGURADO OU BENEFICIÁRIO CASO O SINISTRO OCORRA POR CONSEQUÊNCIA, DIRETA OU INDIRETA, DE:**

- A) 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 OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DE ORDEM PÚBLICA OU DELAS DECORRENTES;**
- B) USO DE MATERIAL NUCLEAR, PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO A EXPLOSÃO NUCLEAR, PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;**
- C) SUICÍDIO VOLUNTÁRIO OU INVOLUNTÁRIO, PREMEDITADO OU NÃO, OU A SUA TENTATIVA, CASO ESTE OCORRA NOS 2 (DOIS) PRIMEIROS ANOS DE VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL OU DO AUMENTO DE CAPITAL SEGURADO CONTRATADO.**
- D) ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE, DE UM OU DE OUTRO;**
- E) ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS POR SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES OU ADMINISTRADORES, PELOS BENEFICIÁRIOS, E PELOS RESPECTIVOS REPRESENTANTES, NO CASO DE SEGURO CONTRATADO POR PESSOA JURÍDICA;**

- F) TUFÕES, FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS OU QUAISQUER OUTRAS CATÁSTROFES DA NATUREZA;
 - G) ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR NECESSIDADE JUSTIFICADA;
 - H) ATO TERRORISTA OU ASSEMELHADO, CABENDO À SULAMÉRICA COMPROVAR COM DOCUMENTAÇÃO HÁBIL, ACOMPANHADA DE LAUDO CIRCUNSTANCIADO QUE CARACTERIZE A NATUREZA DO ATENTADO, INDEPENDENTE DE SEU PROPÓSITO, E DESDE QUE ESTE TENHA SIDO DEVIDAMENTE RECONHECIDO COMO ATENTATÓRIO À ORDEM PÚBLICA POR AUTORIDADE PÚBLICA COMPETENTE;
 - I) EPIDEMIA E/OU PANDEMIA DECLARADA POR ORGÃO COMPETENTE.
 - J) INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO;
 - K) PERDA DE DENTES OU DANOS ESTÉTICOS
- 5.2. NÃO SE CONSIDERA RISCO EXCLUÍDO A MORTE OU INCAPACIDADE DO SEGURADO DURANTE A VIGÊNCIA DA APÓLICE PROVENIENTE DA UTILIZAÇÃO DE MEIO DE TRANSPORTE MAIS ARRISCADO, DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR, DA PRÁTICA DE ESPORTE, OU ATOS DE HUMANIDADE EM AUXÍLIO DE OUTREM.
- 5.3. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO ITEM 5.1., ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DAS COBERTURAS DE MORTE ACIDENTAL E DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE:
- A) AS DOENÇAS (INCLUSIVE AS PROFISSIONAIS), QUAISQUER QUE SEJAM AS SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE, POR FERIMENTO VISÍVEL CAUSADO EM DECORRÊNCIA DE ACIDENTE COBERTO.
 - B) AS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQUENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO.
 - C) NÃO ESTÃO COBERTAS LESÕES DECORRENTES, DEPENDENTES, PREDISPOSTAS OU FACILITADAS POR ESFORÇOS REPETITIVOS OU MICROTRAUMAS CUMULATIVOS, OU QUE TENHAM RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO COM OS MESMOS, ASSIM COMO AS LESÕES CLASSIFICADAS SOB A NOMENCLATURA DE LER- DORT -ITC, OU SIMILARES QUE VENHAM A SER ACEITAS PELA CLASSE MÉDICA-CIENTÍFICA, BEM COMO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS PÓS TRATAMENTOS, INCLUSIVE CIRÚRGICOS, EM QUALQUER TEMPO. IGUALMENTE ESTÃO EXCLUÍDAS DESTA COBERTURA, AS SITUAÇÕES RECONHECIDAS POR INSTITUIÇÕES OFICIAIS DE PREVIDÊNCIA OU ASSEMELHADAS, COMO “INVALIDEZES ACIDENTÁRIAS”, NAS QUAIS O EVENTO CAUSADOR DA LESÃO NÃO SE ENQUADRE INTEGRALMENTE NO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL.

5.4. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO SUBITEM 5.1., ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – IFPD, AINDA QUE, REDUNDANDO EM QUADRO CLÍNICO INCAPACITANTE, QUE INVIABILIZE DE FORMA IRREVERSÍVEL O PLENO EXERCÍCIO DAS FUNÇÕES AUTÔNOMICAS DO SEGURADO, COM PERDA DA SUA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE, OS ABAIXO ESPECIFICADOS:

A) 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 OU INDIRETAMENTE, DE LESÃO FÍSICA E OU PSÍQUICA CAUSADA POR ACIDENTE PESSOAL;

B) OS QUADROS CLÍNICOS DECORRENTES DE DOENÇAS PROFISSIONAIS, ENTENDIDAS COMO SENDO AQUELAS ONDE A CAUSA DETERMINANTE SEJA O EXERCÍCIO PECULIAR A ALGUMA ATIVIDADE PROFISSIONAL;

C) A DOENÇA CUJA EVOLUÇÃO NATURAL TENHA SIDO AGRAVADA POR TRAUMATISMO

5.5. ALÉM DOS RISCOS MENCIONADOS NO ITEM 5.1., ESTÃO EXPRESSAMENTE EXCLUÍDOS DA COBERTURA DE DOENÇAS CONGÊNITAS:

A) DOENÇAS DIAGNOSTICADAS APÓS O SEXTO MÊS DO NASCIMENTO;

B) DOENÇAS RESULTANTES DO USO DE SUBSTÂNCIAS OU PROCEDIMENTOS CONTRAINDICADOS NO PERÍODO DE GESTAÇÃO, COM BASE NA LITERATURA MÉDICA VIGENTE;

C) DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS TRANSMITIDAS DE MÃE PARA FILHO;

D) COMPLICAÇÕES DO PARTO OU ABORTO QUANDO DECORRENTES DE DOENÇAS;

E) DEFEITOS CONGÊNTOS DECORRENTES DE FATOR AMBIENTAL, O QUAL SEJA CONSTATADO E/OU DECLARADO PELAS INSTITUIÇÕES GOVERNAMENTAIS OU DE RESPONSABILIDADE PÚBLICA OU PRIVADA; E

F) NATIMORTOS (FETOS QUE MORRERAM DENTRO DO ÚTERO OU DURANTE O PARTO).

6. DO ÂMBITO GEOGRÁFICO

6.1. Não há qualquer restrição geográfica, sendo as coberturas deste seguro válidas em todo o globo terrestre.

7. DA CARÊNCIA

7.1. Não haverá Carência para sinistros decorrentes de Acidentes Pessoais ocorrido na Vigência da Apólice.

7.1.1. PODERÁ SER FIXADA NO CONTRATO UMA CARÊNCIA PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO RESPEITADO O LIMITE MÁXIMO DE ATÉ 50% (CINQUENTA POR CENTO) DO PERÍODO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, CONTADA DO INÍCIO DE VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL OU DO AUMENTO DO VALOR DO CAPITAL SEGURADO.

8. DA ACEITAÇÃO DO SEGURO

8.1. A contratação do seguro se formalizará por meio da assinatura da Proposta de Contratação pelo Estipulante e/ou Corretor, contendo os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco.

8.2. A ACEITAÇÃO DO SEGURO PELA SULAMÉRICA ESTÁ SUJEITA À ANÁLISE DO RISCO DO GRUPO SEGURÁVEL.

8.3. PODERÁ PARTICIPAR DO PLANO, COMO SEGURADO PRINCIPAL, AS PESSOAS FÍSICAS COM IDADE MÍNIMA DE 14 (QUATORZE) ANOS E MÁXIMA DE 70 (SETENTA) ANOS DE IDADE, EM BOAS CONDIÇÕES DE SAÚDE, QUE ATENDEREM, NA DATA DE ASSINATURA DA PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO, AOS REQUISITOS PREVISTOS NESTAS CONDIÇÕES GERAIS E NO CONTRATO.

8.4. Os Segurados menores, serão representados ou assistidos pelos pais, tutores ou curadores, observada a legislação vigente.

8.5. Serão aceitos como grupo segurável, os segurados principais, que possuam vínculo empregatício com o Estipulante, que constem na Guia detalhada do Fundo de Garantia (FGTS) acompanhada de Declaração da estipulante, ou, alternativamente, cópia do e-social acompanhada de Declaração da estipulante, bem como os Sócios e Diretores Estatutários devidamente designados no estatuto, contrato social ou na última alteração contratual e se contratados, Segurados Dependentes, ou seja, cônjuge/companheira(o), filhos/enteados(as) e aqueles considerados dependentes do Segurado Principal pela legislação do Imposto de Renda e/ou da Previdência Social..

8.6. Para que haja a aceitação dos empregados do grupo segurável deverá ser comprovado vínculo com o Estipulante, sempre observando os limites de idade descritos e as boas condições de saúde para ingresso e os limites de capitais estabelecidos pela Segurados.

8.7. Os empregados que estiverem em gozo de auxílio-doença na época da contratação deste seguro só poderão participar quando do retorno às suas atividades profissionais.

8.8. É facultado à **SulAmérica** solicitar, quando da assinatura da Proposta de Contratação ou da solicitação de aumento do valor do Capital Segurado, para efeito de subscrição, informação do Estipulante quanto à contratação de outros seguros de pessoas com coberturas concomitantes.

8.8.1. SE A INEXATIDÃO OU OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO SEGURADO, A SULAMÉRICA TERÁ DIREITO A RESCINDIR O CONTRATO, OU A COBRAR, MESMO APÓS A OCORRÊNCIA DO SINISTRO, A DIFERENÇA DO PRÊMIO.

8.8.2. A partir da data de protocolo da Proposta de Contratação, seja para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco, sua aceitação se dará

automaticamente, caso não haja manifestação em contrário por parte da **SulAmérica** no prazo máximo de 15 (quinze) dias

8.8.3. O prazo a que se refere o item anterior poderá ser suspenso nos casos em que seja necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco, que poderá ser feita apenas uma vez. A suspensão cessará com a protocolização dos documentos ou dos dados solicitados para análise do risco.

8.9. A **SulAmérica** deverá, obrigatoriamente, proceder à comunicação formal, no caso de não aceitação da proposta, justificando a recusa. A ausência de manifestação, por escrito, da **SulAmérica**, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da proposta.

8.10. O proponente estará coberto pelas coberturas básicas de Morte ou Morte Acidental, conforme contratadas durante o período de análise do risco.

Após análise do risco, em caso de recusa, a cobertura provisória será encerrada imediatamente. Caso tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total de Prêmio, o valor do adiantamento passa a ser devido a partir da data da formalização da recusa, devendo ser restituído ao Proponente, no prazo máximo de 10 (dez) dias, corridos, deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, atualizado monetariamente pela variação do Indexador IPCA/IBGE, na falta deste será utilizado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor - INPC/IBGE

8.11. A **SulAmérica** emitirá Apólice, no início do Contrato e em cada uma das renovações subsequentes, contendo as informações sobre o Risco Coberto contratado.

8.12. ESTE SEGURO FOI DESENVOLVIDO PARA SER CONTRATADO PARA GRUPO SEGURÁVEL PREVIAMENTE VINCULADO AO ESTIPULANTE E COM AS CARACTERÍSTICAS ACORDADAS ENTRE O ESTIPULANTE E A SULAMÉRICA NO CONTRATO. A NÃO OBSERVÂNCIA PELO ESTIPULANTE DE TAIS CARACTERÍSTICAS ACARRETERÁ A PERDA DO DIREITO AO RISCO COBERTO CONTRATADO. TAL CONDIÇÃO TAMBÉM É EXIGIDA PARA A RENOVAÇÃO, NÃO PODENDO A APÓLICE COLETIVA SER RENOVADE COM NÚMERO INFERIOR ESTABELECIDO NO CONTRATO.

9. DA VIGÊNCIA E DA RENOVAÇÃO DO SEGURO

9.1. ESTE SEGURO É POR PRAZO DETERMINADO DE 1 (UM) ANO, TENDO A SULAMÉRICA A FACULDADE DE NÃO RENOVAR A APÓLICE NA DATA DE VENCIMENTO, SEM A DEVOLUÇÃO DOS PRÊMIOS PAGOS, NOS TERMOS DA LEGISLAÇÃO E DESTAS CONDIÇÕES GERAIS.

9.2. O início e término de Vigência do seguro serão às 24h00min das datas indicadas na Apólice.

9.2.1. O início e o término da Vigência do Capital Segurado Individual, desde que vigente a Apólice e o Contrato, será às 24:00 horas do dia do início do vínculo do Proponente com o Estipulante.

9.3. Quando a Proposta de Contratação for recepcionada sem o pagamento do Prêmio, o início da Vigência da Apólice será a data da sua Aceitação ou outra data expressamente acordada entre a **SulAmérica** e o Estipulante no Contrato.

9.4. Quando a Proposta de Contratação for recepcionada com o pagamento do Prêmio, ainda que parcial, o início da Vigência da Apólice será a data de recepção da Proposta de Contratação pela **SulAmérica**.

9.4.1. OBSERVADO O PERÍODO CORRESPONDENTE AO PRÊMIO PAGO, A VIGÊNCIA DA APÓLICE CESSA AO FINAL DO PRAZO DE 12 MESES, SE ESTA NÃO FOR RENOVADA.

9.5. A COBERTURA DOS SEGURADOS CESSA, AINDA, NAS SEGUINTE HIPÓTESES:

A) NO CASO DE CANCELAMENTO DA APÓLICE;

B) COM O DESAPARECIMENTO DO VÍNCULO ENTRE O SEGURADO (EMPREGADO) E O ESTIPULANTE.

C) QUANDO O SEGURADO SOLICITAR POR ESCRITO A SUA EXCLUSÃO DA APÓLICE .

D) NO CASO DE MORTE DO SEGURADO; E

E) POR DOLO, FRAUDE, SIMULAÇÃO OU CULPA GRAVE NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO.

9.6. QUALQUER ALTERAÇÃO NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA DEVERÁ SER REALIZADA POR ADITIVO À APÓLICE, COM A CONCORDÂNCIA EXPRESSA E ESCRITA DO ESTIPULANTE, OBSERVANDO QUE QUALQUER MODIFICAÇÃO QUE IMPLIQUE ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU A REDUÇÃO DOS SEUS DIREITOS DEPENDERÁ DA ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO.

9.7. A Apólice poderá ser renovada automaticamente, uma única vez, por igual período, ao término da primeira Vigência.

9.7.1. OUTRAS RENOVAÇÕES SOMENTE OCORRERÃO SE EXPRESSAMENTE ACORDADAS ENTRE A SULAMÉRICA E O ESTIPULANTE, E DESDE QUE NÃO IMPLIQUEM ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS. NO CASO DE IMPLICAR ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS, PELO MENOS $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO DEVERÁ ANUIR PRÉVIA E EXPRESSAMENTE À RENOVAÇÃO DA APÓLICE.

9.8. CASO A SULAMÉRICA OU O ESTIPULANTE NÃO TENHA INTERESSE EM RENOVAR A APÓLICE, SEJA NA RENOVAÇÃO AUTOMÁTICA OU NAS RENOVAÇÕES POSTERIORES, DEVERÁ COMUNICAR POR ESCRITO AOS SEGURADOS E À OUTRA PARTE MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE, NO MÍNIMO, 60 (SESSENTA) DIAS QUE ANTECEDAM O FINAL DE VIGÊNCIA DA APÓLICE.

9.9. CASO O ESTIPULANTE NÃO OBSERVE, DURANTE TODA A VIGÊNCIA DA APÓLICE, O NÚMERO MÍNIMO DE SEGURADOS ACORDADOS NO CONTRATO, A SULAMÉRICA NÃO RENOVARÁ A APÓLICE, COMUNICANDO SEU DESINTERESSE NOS TERMOS DO ITEM ANTERIOR.

9.10. A cada renovação da Apólice, a **SulAmérica** emitirá uma nova Apólice com as informações sobre o Risco Coberto contratado.

10. DO CAPITAL SEGURADO

10.1. Capital Global É a forma de contratação em que o valor total do capital é determinado pelo Estipulante na Proposta de Contratação, no início da vigência do seguro, garantindo os valores das coberturas contratadas para todo o grupo segurado, observadas as normas destas condições gerais.

10.2. Capital segurado Individual: É a quota parte resultante da divisão entre o Capital Global e a quantidade de funcionários e Sócios, os funcionários que constarem na Guia detalhada do fundo de garantia (FGTS) acompanhada de Declaração da estipulante, ou, alternativamente, cópia do e-social acompanhada de Declaração da estipulante, e em se tratando de sócios e diretores estatutários, deverá ser comprovado através do estatuto, contrato social ou da última alteração destes.

10.2.1. O VALOR DO CAPITAL SEGURADO REFERENTE A CADA COMPONENTE SOFRERÁ VARIÇÕES DECORRENTES DE MUDANÇAS NA COMPOSIÇÃO DO GRUPO SEGURADO.

10.2.2. HAVENDO INCLUSÕES, O MONTANTE DE CAPITAL SERÁ DIVIDIDO AUTOMATICAMENTE PELO NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS, PERMANECENDO INALTERADO O VALOR DA FATURA.

10.3. O Capital Segurado será em moeda corrente nacional, sempre respeitados os limites máximos de contratação fixados e divulgados pela **SulAmérica** e acordados em Contrato.ste

10.4. O CAPITAL SEGURADO PODERÁ SER ALTERADO A PEDIDO DO ESTIPULANTE, MEDIANTE SOLICITAÇÃO ENVIADA PARA ANÁLISE DA SULAMÉRICA.

10.4.1. No caso da Aceitação do aumento do Capital Segurado será emitido um endosso à Apólice.

10.5. SE A SULAMÉRICA NÃO FOR CIENTIFICADA OPORTUNAMENTE DA ALTERAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO, OU SE O PEDIDO DE ALTERAÇÃO AINDA ESTIVER SOB A SUA ANÁLISE, NA HIPÓTESE DE SINISTRO, SERÁ PAGO O CAPITAL SEGURADO ESTABELECIDO ANTERIORMENTE DENTRO DO LIMITE MÁXIMO ESTABELECIDO.

10.6. O valor do capital segurado individual, igual para todos os segurados, será apurado na data do evento coberto, sendo equivalente ao valor do capital segurado global dividido pelo número de segurados.

10.7. O Capital Segurado individual do Segurado Dependente será calculado a partir do Capital Segurado Individual do Segurado Principal, conforme percentual estabelecido no Contrato.

11. DA ATUALIZAÇÃO E DA ALTERAÇÃO DE VALORES CONTRATADOS

11.1. Os Capitais Segurados e os Prêmios da Apólice serão atualizados, anualmente, conforme estabelecido, expressamente nas condições contratuais, por uma das alternativas abaixo:

a) com base na variação positiva do Índice de Preços do Consumidor Amplo - IPCA/IBGE, acumulado nos últimos 12 (doze) meses que antecedem o quarto mês anterior ao aniversário do seguro ou, no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, será utilizado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC/IBGE.

b) desde que previamente comunicado pelo Estipulante, pela variação salarial da categoria profissional do Segurado acumulada nos 12 (doze) meses antecedentes.

11.2. Quando a periodicidade de pagamento do Prêmio for anual, o Capital Segurado será atualizado desde a data da última atualização do Prêmio até a data de ocorrência do Evento Coberto.

11.3. ALÉM DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA, O VALOR DOS PRÊMIOS SOFRERÁ ACRÉSCIMO EM DECORRÊNCIA DA ALTERAÇÃO DA(S) TAXA(S), DE ACORDO COM O MODELO DE TARIFICAÇÃO.

9.1.1 ESTA ALTERAÇÃO TEM POR FINALIDADE MANTER O EQUILÍBRIO ATUARIAL, FINANCEIRO E ECONÔMICO DO PLANO, NA FORMA DA LEI.

11.4. MODELO DE TARIFICAÇÃO POR TAXA MÉDIA

11.4.1. A taxa do seguro referente ao Risco Coberto contratado será reajustada anualmente com base:

- I) Na composição do Grupo Segurado no mês imediatamente anterior à data-base de tal recálculo, que será a cada 12 (doze) meses de Vigência do Contrato;
- II) Nas Condições Contratuais;
- III) No Carregamento; e
- IV) Na sinistralidade do Grupo Segurado.

11.4.2. Antes do cálculo se faz necessário apurar as seguintes premissas:

a) Taxa de Referência - TR

Será calculada atuarialmente, considerando o Risco Coberto e Carregamento vigentes, com base no Grupo Segurado do mês imediatamente anterior à data de apuração, por meio da somatória dos resultados das multiplicações dos Capitais Segurados individuais contratados pelas taxas do seguro correspondentes às respectivas idades, dividida pela somatória do total dos Capitais Segurados individuais.

b) Prêmio de Referência - PR

É o resultado da multiplicação da somatória do total dos Capitais Segurados individuais pela Taxa de Referência - TR.

c) Fator de Sinistralidade - FS

Corresponde à soma dos itens abaixo, dividida pelo Prêmio total líquido de impostos incidentes diretamente no Prêmio no mesmo período:

- c.1) Sinistros efetivamente pagos;
- c.2) Variação da reserva para os Sinistros pendentes; e
- c.3) Variação de reserva de Sinistros ocorridos e não avisados (IBNR) calculada sobre a carteira da **SulAmérica** referente ao período analisado.

11.4.3. Para se calcular o novo Prêmio, deve-se apurar a diferença entre o Prêmio total que o Estipulante tenha pago ou repassado à **SulAmérica** correspondente à última fatura anterior à data-base de reajuste e o Prêmio de Referência - PR, multiplicá-la pelo Fator de Sinistralidade - FS correspondente ao mês imediatamente anterior à data-base do recálculo e somar ao Prêmio total que o Estipulante tenha pago ou repassado à **SulAmérica**, correspondente à última fatura anterior à data-base de reajuste.

11.4.4. A NOVA TAXA DO SEGURO SERÁ OBTIDA PELA DIVISÃO DO PRÊMIO NOVO, CALCULADA DE ACORDO COM O ITEM ANTERIOR, PELO SOMATÓRIO DOS CAPITAIS SEGURADOS INDIVIDUAIS.

11.4.5. A NOVA TAXA DO SEGURO, OBTIDA NA FORMA DEFINIDA NOS ITENS ANTERIORES, CORRESPONDERÁ À TAXA DO SEGURO ATÉ A DATA-BASE DO PRÓXIMO RECÁLCULO.

11.5. QUALQUER ALTERAÇÃO NA TAXA QUE IMPLIQUE EM ÔNUS OU DEVER PARA OS SEGURADOS OU A REDUÇÃO DE SEUS DIREITOS DEPENDERÁ DA ANUÊNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM, NO MÍNIMO, 3/4 (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO.

12. DO PAGAMENTO DE PRÊMIOS

12.1. O pagamento do Prêmio deste seguro poderá ser mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral e anual, conforme estabelecido no Contrato.

12.2. O Custeio do Seguro deverá ser realizado sempre pelo Estipulante.

12.3. O Prêmio correspondente ao seguro será fixado com base no respectivo Capital contratado e de acordo com a taxa média do grupo Segurado.

12.4. PARA GARANTIR O DIREITO À COBERTURA, O PRÊMIO DO SEGURO DEVERÁ SER PAGO ATÉ A DATA DE VENCIMENTO. QUANDO ESTA DATA OCORRER EM DIA QUE NÃO HAJA EXPEDIENTE BANCÁRIO, O PAGAMENTO PODERÁ SER EFETUADO NO PRIMEIRO DIA ÚTIL EM QUE HOUVER EXPEDIENTE BANCÁRIO.

12.5. Servirão de comprovante de pagamento do Prêmio: a) a fatura quitada; b) o débito efetuado em conta corrente bancária ou cartão de crédito; ou o recibo de pagamento bancário devidamente compensado;

12.6. Os Prêmios em atraso serão acrescidos de juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano e atualização monetária pelo IPCA/IBGE a partir do primeiro dia de atraso e multa contratual de 2% sobre o montante devido.

12.7. CASO NÃO SEJA EFETUADO O PAGAMENTO DA PRIMEIRA PARCELA DO PRÊMIO, A CONTRATAÇÃO DO SEGURO NÃO SERÁ EFETIVADA E A SULAMÉRICA NÃO ESTARÁ OBRIGADA A GARANTIR O RISCO COBERTO.

12.8. DEVIDO À NATUREZA DO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, ESTE PLANO NÃO PERMITE A DEVOLUÇÃO DE QUAISQUER PRÊMIOS PAGOS, UMA VEZ QUE CADA PRÊMIO É DESTINADO A CUSTEAR O RISCO DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES NO PERÍODO DE COBERTURA.

13. DA TOLERÂNCIA DO SEGURO

13.1. Caso o Estipulante não realize o pagamento da primeira parcela do Prêmio ou se transcorrerem o prazo máximo de tolerância estabelecido em contrato de 60 (sessenta) dias da última parcela paga ou repassada, a Apólice estará cancelada por falta de pagamento.

13.2. No caso da ocorrência de Sinistro durante o período de Tolerância, a Indenização será paga deduzida dos Prêmios devidos e não pagos, sendo estes acrescidos de juros moratórios igual a 6% (seis por cento) ao ano e atualização monetária pelo IPCA/IBGE.

13.3. TRANSCORRIDO O PRAZO DE TOLERÂNCIA, O SEGURO SERÁ CANCELADO SEM QUE SEJA DEVIDO AO SEGURADO OU A SEUS BENEFICIÁRIOS A PERCEPÇÃO PROPORCIONAL DE QUALQUER INDENIZAÇÃO OU PRÊMIOS PAGOS.

13.3.1. A SulAmérica notificará o responsável pelo pagamento do Prêmio, com antecedência de pelo menos 10 (dez) dias antes do término do prazo de Tolerância, através de correspondência ao mesmo, advertindo-o quanto à necessidade de quitação dos Prêmios em atraso, sob pena de cancelamento do seguro.

13.3.2. NÃO SERÁ PERMITIDO QUALQUER PAGAMENTO OU REPASSE DE PRÊMIO DEPOIS DE ESGOTADO O PRAZO DE TOLERÂNCIA, SALVO SE PREVIAMENTE ACORDADO POR ESCRITO COM A SULAMÉRICA. DESSE MODO, SE FOR REALIZADO QUALQUER PAGAMENTO SEM PRÉVIA AUTORIZAÇÃO ESTE VALOR NÃO SERÁ CONSIDERADO E SERÁ RESTITUÍDO MEDIANTE A APRESENTAÇÃO DO RESPECTIVO COMPROVANTE À SULAMÉRICA.

14. DO CANCELAMENTO DO SEGURO

14.1. Caso o estipulante não realize o pagamento da primeira parcela do prêmio até de vencimento ou se configurada a falta de pagamento em qualquer um dos prêmios mensais por um período de até 60 (sessenta) dias consecutivos ou não, a apólice ou o risco coberto se for o caso, estarão cancelados por falta de pagamento, sem que seja devido ao segurado ou aos seus Beneficiários a percepção por proporcional de qualquer indenização.

14.2. A partir do 30º (trigésimo) dia de inadimplência será encaminhada carta ao estipulante, informando a possibilidade de cancelamento caso não haja pagamento até o prazo de tolerância que será de 60 (sessenta) dias.

14.3. SE O EMPREGADO, SEUS BENEFICIÁRIOS, O REPRESENTANTE DE UM OU DE OUTRO, O ESTIPULANTE, SEUS SÓCIOS CONTROLADORES, DIRIGENTES, ADMINISTRADORES OU REPRESENTANTES AGIREM COM DOLO, FRAUDE OU SIMULAÇÃO NA ADESÃO OU NA CONTRATAÇÃO OU, AINDA, PARA CONSEGUIR O AUMENTO DO CAPITAL SEGURADO, OCORRERÁ O CANCELAMENTO DA APÓLICE, CONFORME O CASO, SEM RESTITUIÇÃO DOS PRÊMIOS JÁ PAGOS, FICANDO A SULAMÉRICA ISENTA DE QUALQUER RESPONSABILIDADE.

14.4. O RISCO COBERTO SE FOR O CASO SERÁ, AINDA, CANCELADO:

- a) SE O ESTIPULANTE SOLICITAR A EXCLUSÃO;
- b) POR ENCERRAMENTO DO VÍNCULO DO SEGURADO COM O ESTIPULANTE;
- c) NO FINAL DO PRAZO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, SE ESTA NÃO FOR RENOVADA, RESPEITADA AS RESPECTIVAS VIGÊNCIAS MENSAIS EM CURSO, CUJOS PRÊMIOS TENHAM SIDO INTEGRALMENTE PAGOS.

14.5. Quando contratadas as Cláusulas Suplementares de Cônjuges e Filhos Menores, a cobertura do Seguro cessará também nos seguintes casos:

- a) se for cancelada a respectiva Cláusula Suplementar;
- b) se o Segurado Principal, por qualquer motivo, deixar o Grupo Segurado;
- c) com a morte do Segurado Principal;
- d) no caso de cessação da condição de segurado dependente; e
- e) se o Segurado Principal solicitar sua exclusão do grupo segurado.

- 14.6.** A Apólice poderá, ainda, ser cancelada, a qualquer tempo, mediante acordo entre a **SulAmérica**, o Estipulante e os Segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, sem prejuízo da Vigência correspondentes aos Prêmios já pagos ou repassados, podendo a **SulAmérica** reter o percentual do Prêmio recebido proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência da Apólice, além dos custos.
- 14.7.** Além do disposto nesta Cláusula, ocorrerá o cancelamento da Apólice ou do Risco Coberto quando se verificar quaisquer outras hipóteses previstas nestas Condições Gerais, na Lei ou na regulamentação relacionada a seguros.
- 14.8. PAGA A INDENIZAÇÃO POR MORTE, INVALIDEZ TOTAL POR ACIDENTE OU INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA, O RISCO INDIVIDUAL SERÁ IMEDIATA E AUTOMATICAMENTE CANCELADO. NESTA HIPÓTESE, QUAISQUER PRÊMIOS EVENTUALMENTE PAGOS APÓS O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO SERÃO DEVOLVIDOS DEVIDAMENTE ATUALIZADOS MONETARIAMENTE.**
- 14.9.** A **SulAmérica** não cancelará a Apólice ou o Certificado Individual quando houver alteração da natureza dos riscos.

15. DA LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

- 15.1.** Quando da liquidação do Sinistro, a data da ocorrência do Risco Coberto será considerada para efeito de determinação do Capital Segurado, conforme abaixo:
- a) **MORTE:** a data do falecimento do Segurado;
 - b) **MORTE ACIDENTAL:** a data do Acidente Pessoal;
 - c) **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE:** a data do Acidente Pessoal;
 - d) **INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA:** a data do diagnóstico da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença coberta;
 - e) **CLÁUSULA SUPLEMENTAR DE CÔNJUGE E FILHOS:** a data do falecimento do Segurado Dependente;
 - f) **DOENÇAS CONGÊNITAS:** a data do diagnóstico efetuado por profissional devidamente habilitado;
 - g) **VERBÁS RESCISÓRIA:** a data do falecimento do Segurado.
- 15.2. NA OCORRÊNCIA DE SINISTRO, O ESTIPULANTE E/OU O BENEFICIÁRIO, TÃO LOGO TOMEM CONHECIMENTO, DEVERÃO COMUNICAR IMEDIATAMENTE O SINISTRO À SULAMÉRICA.**
- 15.3. O Sinistro será pago com base no número de funcionários que forem admitidos até o último dia do mês de ocorrência do sinistro e que constarem na Guia detalhada do fundo de garantia (FGTS) acompanhada de Declaração da estipulante, ou alternativamente, cópia do e-social acompanhada de Declaração da estipulante, e, em se tratando de sócios e diretores estatutários, deverá ser comprovado através do contrato social ou da última alteração deste.**
- 15.4. Para os segurados afastados após a data de contratação do seguro, o Estipulante deverá apresentar para Seguradora a última Guia detalhada do fundo de garantia (FGTS) acompanhada de Declaração da estipulante, ou, alternativamente, cópia do e-social acompanhada de Declaração da estipulante, acompanhada de Declaração da estipulante do mês de afastamento, bem como a do mês de ocorrência do sinistro. e, em se tratando de sócios e diretores estatutários, deverá ser**

comprovado através do contrato social ou da última alteração deste, acompanhada de Declaração da estipulante do mês de afastamento.

15.5. Para a regulação do Sinistro de **Morte, Morte por Acidente, Cláusula Suplementar de Cônjuge e Filhos** deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;
- b) Relatório Médico integralmente preenchido e assinado, com firma reconhecida, pelo médico do Segurado que faleceu;
- c) Documento que comprove o vínculo do Segurado Principal com o Estipulante;
 - I. Cópia da Guia detalhada do fundo de garantia (FGTS) e a Declaração da estipulante;
 - II. Cópia do E-social e a Declaração da estipulante; ou
 - III. Cópia do estatuto, contrato social e/ou ata de eleição acompanhada de Declaração da estipulante.
- d) Cópia autenticada da certidão de óbito do Segurado falecido;
- e) Cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado falecido;
- f) Cópia autenticada do CPF do Segurado falecido;
- g) Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado falecido;
- h) Cópia autenticada da carteira de identidade dos Beneficiários;
- i) Cópia autenticada do CPF dos Beneficiários;
- j) Cópia autenticada do comprovante de residência do Beneficiário;
- k) Quando contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge, cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada ou documento equivalente para comprovar a união ao cônjuge falecido;
- l) Quando contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão de Filhos Menores, cópia autenticada da Certidão de Nascimento do Segurado Dependente falecido;
- m) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao Segurado falecido ou ao Beneficiário, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente;
- n) Cópia autenticada do boletim de ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim, se houver;

- o) Cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- p) Cópia autenticada do Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- q) Cópia autenticada do Laudo do Exame de Corpo de Delito;
- r) Cópia autenticada do Laudo de Necropsia;
- s) Cópia autenticada do Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etilica e/ou Toxicológica;
- t) Radiografias e laudos radiológicos do Segurado e com identificação deste, sendo que os laudos radiológicos deverão estar assinados por médico radiologista que tenha assistido o Segurado no Sinistro;
- u) Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) se houver;
- v) No caso de indicação de pessoa jurídica como Beneficiária: cópia autenticada (i) do estatuto ou contrato social, onde conste a atividade principal desenvolvida, (ii) do CNPJ, (iii) de comprovante de endereço completo e número do telefone da pessoa jurídica, e (iv) de documento que contenha a qualificação do procurador ou representante legal da pessoa jurídica;
- x) Caso o Beneficiário não tenha sido indicado na Proposta de Adesão deverá ser observada a ordem de vocação hereditária constante do Código Civil. Neste caso, além dos documentos anteriormente mencionados são necessários os seguintes documentos:

x.1) Descendentes: cópia autenticada (i) da carteira de identidade e do CPF, se houver, (ii) da certidão de nascimento, se o(s) descendente(s) for(em) menor(es) de idade, e (iii) de comprovante de residência que comprove o endereço completo do(s) descendente(s);

x.2) Ascendentes: declaração de inexistência de cônjuge e descendente(s) do Segurado falecido com firma reconhecida e cópia autenticada (i) da certidão de nascimento, (ii) da carteira de identidade, (iii) do CPF e (iv) de comprovante de residência que comprove o endereço completo do(s) ascendente(s);

x.3) Cônjuge: declaração de inexistência de descendente(s) do Segurado falecido com firma reconhecida e cópia autenticada (i) da certidão de casamento atualizada, (ii) da carteira de identidade, (iii) do CPF e (iv) de comprovante de residência que comprove o endereço completo do cônjuge;

x.4) Companheiro(a): declaração de inexistência de descendente(s) do Segurado falecido com firma reconhecida e cópia autenticada (i) da carteira de identidade, (ii) do CPF, (iii) de comprovante de residência que comprove o endereço completo do(a) companheiro(a), (iv) de documento legalmente aceito que comprove a convivência com o Segurado falecido, tais como: (a) contrato de convivência por escritura pública, (b) reconhecimento judicial por sentença transitada em julgado da união estável, (c) documento fornecido por instituição pública de

Previdência que comprove a condição de companheiro(a), (d) cópia da declaração de imposto de renda do Segurado falecido constando o(a) companheiro(a) como dependente; e

x.5) Colaterais: certidão de óbito do(s) ascendente(s) do Segurado falecido, declaração de inexistência de descendente(s) e cônjuge do Segurado falecido com firma reconhecida e cópia autenticada (i) da carteira de identidade, (ii) do CPF e (iii) de comprovante de residência que comprove o endereço completo do(s) colateral(is).

z) Resguardando-se desde já o direito da seguradora de solicitar documentação complementar para regulação do sinistro.

15.6. Para a regulação do Sinistro de **Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente** deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;
- b) Relatório Médico integralmente preenchido e assinado, com firma reconhecida, pelo médico do Segurado;
- c) Documento que comprove o vínculo do Segurado Principal com o Estipulante;
 - I. Cópia da Guia detalhada do fundo de garantia (FGTS) acompanhada de Declaração da estipulante;
 - II. Cópia do E-social acompanhada de Declaração da estipulante; ou
 - III. Cópia do estatuto /contrato social e/ou ata de eleição; acompanhada de Declaração da estipulante.
- d) Cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado;
- e) Cópia autenticada do CPF do Segurado;
- f) Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado;
- g) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao Segurado, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente.
- h) Cópia autenticada do boletim de ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim se houver;
- i) Cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- j) Cópia autenticada do Laudo da Perícia Técnica, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
- k) Cópia autenticada do Laudo do Exame de Corpo de Delito;

- l) Cópia autenticada do Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etflica e/ou Toxicológica;
- m) Radiografias e laudos radiológicos do Segurado e com identificação deste, sendo que os laudos radiológicos deverão estar assinados por médico radiologista que tenha assistido o Segurado no Sinistro;
- n) Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), se houver.

15.7. Para a regulação do Sinistro de **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença** deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;
- b) Relatório Médico integralmente preenchido e assinado pelo médico do Segurado (com firma reconhecida), indicando o início da doença, a data em que foi diagnosticada, a data da efetiva caracterização da invalidez funcional permanente total decorrente de Doença, que cause a Perda da Existência Independente do Segurado em caráter irreversível, detalhando aspectos relativos à referida invalidez;
- c) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, comprobatórios do início da doença, incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a invalidez funcional permanente total decorrente de Doença, que cause a Perda da Existência Independente do Segurado em caráter irreversível;
- d) Documento que comprove o vínculo do Segurado com o Estipulante;
 - I. Cópia da Guia detalhada do fundo de garantia (FGTS) acompanhada de Declaração da estipulante;
 - II. Cópia do E-social acompanhada de Declaração da estipulante; ou
 - III. Cópia do estatuto /contrato social e/ou ata de eleição acompanhada de Declaração da estipulante.
- e) Cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado;
- f) Cópia autenticada do CPF do Segurado;
- g) Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado;
- h) Quando contratada a Cláusula Suplementar de Inclusão de Cônjuge, cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada ou documento equivalente para comprovar a união ao cônjuge;
- i) Cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela (se houver), relacionado ao Segurado, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente.

15.8. Para a regulação do Sinistro de **Doenças Congênitas** deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do Sinistro;
- b) Relatório Médico integralmente preenchido, assinado e carimbado pelo médico do Segurado, detalhando a data do diagnóstico, tratamentos instituídos e evolução da Doença Congênita do filho do Segurado;
- c) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico, comprobatórios do início da doença,

- incluindo laudos e resultados de exames e que confirmem a Doença Congênita;
- d) Documento que comprove o vínculo do Segurado com o Estipulante;
 - I. Cópia da Guia detalhada do fundo de garantia (FGTS) acompanhada de Declaração da estipulante;
 - II. Cópia do E-social acompanhada de Declaração da estipulante; ou
 - III. Cópia do estatuto ou contrato social e/ou ata de eleição acompanhada de Declaração da estipulante.
 - e) Cópia autenticada da carteira de identidade (RG) do Segurado;
 - f) Cópia autenticada do CPF do Segurado;
 - g) Cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado;
 - h) Cópia autenticada da Certidão de Nascimento do filho;

15.8.1. Uma vez reconhecida a doença congênita, a indenização será paga de uma só vez ao Segurado Principal, no valor do Capital Segurado definido no Contrato para esta garantia adicional.

15.8.2. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DA DOENÇA CONGÊNITA DO FILHO CORRERÃO POR CONTA DO SEGURADO, EXCETO AS REALIZADAS PELA SEGURADORA, A QUEM SERÃO FACULTADAS AS MEDIDAS NECESSÁRIAS À ELUCIDAÇÃO DO OCORRIDO E ENQUADRAMENTO DA COBERTURA.

15.9. Para a regulação do Sinistro de **Verbas Rescisórias** deverão ser apresentados os seguintes documentos básicos:

- a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido indicando todas as circunstâncias a ele relacionadas, inclusive a data do sinistro;
- b) Cópia autenticada do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho do segurado falecido;
- c) Cópia autenticada da carteira de identidade (RG) do segurado;
- d) Cópia autenticada do CPF do segurado;
- e) Cópia autenticada da certidão de óbito do segurado falecido.

Documentos do Estipulante

- f) Cópia da FRE – Ficha de Registro do Empregado;
- g) Cópia da Guia detalhada do fundo de garantia (FGTS) acompanhada de Declaração da estipulante, alternativamente, cópia do e-social acompanhada de Declaração da estipulante.
- h) Cópia do Contrato Social da Empresa, no caso de existirem sócios e/ou diretores no grupo segurado;
- i) Cópia do CAGED – Cadastro Geral de Empregados e Desempregados, caso algum empregado esteja afastado por motivo de doença ou acidente, como forma de comprovar o afastamento;
- j) Documento que comprove os gastos com a rescisão trabalhista do segurado falecido;
- k) Cópia da carteira de identidade e CPF do representante legal da empresa beneficiária; e
- l) Cópia do comprovante de localização do estabelecimento comercial de concessionárias de serviços públicos, tais como água, gás, luz e telefone.

15.10. ALÉM DOS DOCUMENTOS LISTADOS NO ITEM ANTERIOR, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL, A SULAMÉRICA PODERÁ SOLICITAR OUTROS DOCUMENTOS OU INFORMAÇÕES PARA A REGULAÇÃO DO SINISTRO.

- 15.11. A SEGURADORA RESERVA-SE O DIREITO DE NÃO CONSIDERAR QUADROS CLÍNICOS CERTIFICADOS POR PERÍCIAS E OU JUNTAS MÉDICAS QUE SE BASEIEM NA CARACTERIZAÇÃO DA INCAPACIDADE DE NATUREZA PROFISSIONAL COMO MEDIDA PARA OFICIALIZAÇÃO DE AFASTAMENTOS LABORATIVOS, ASSIM COMO, QUAISQUER OUTROS RESULTADOS QUE SEJAM SUBSIDIADOS POR ELEMENTOS MÉDICOS CARACTERÍSTICOS APENAS DE GRAUS DE INCAPACIDADE PARCIAL.**
- 15.12. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do Estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a SulAmérica deverá propor ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação do segurado a constituição de junta médica.**
- 15.13. A referida junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela SulAmérica, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados, onde cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e SulAmérica.**
- 15.14. A SulAmérica terá o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do Sinistro, contados da data em que lhe tiverem sido entregues todos os documentos para a regulação do Sinistro.**
- 15.15. SERÁ SUSPENSA A CONTAGEM DO PRAZO ACIMA MENCIONADO CASO A SULAMÉRICA SOLICITE DOCUMENTAÇÃO OU INFORMAÇÃO COMPLEMENTAR, SENDO QUE A CONTAGEM DO PRAZO VOLTARÁ A CORRER A PARTIR DO 1º (PRIMEIRO) DIA ÚTIL SUBSEQUENTE ÀQUELE EM QUE FOR COMPLETAMENTE ATENDIDA A SOLICITAÇÃO DA SULAMÉRICA.**
- 15.16. Serão considerados como pendentes, sem contagem de prazo para pagamento, os processos de Sinistro com documentação incompleta, até a data do protocolo de recebimento do último documento ou informação exigida para a regulação do Sinistro.**
- 15.17. Na hipótese de ser ultrapassado o prazo de 30 (trinta) dias para a liquidação do Sinistro, a Indenização será acrescida de juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano, computados a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente ao término do prazo, e atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE, desde a data da ocorrência do Sinistro até a data do pagamento da Indenização.**
- 15.17.1. A base de cálculo da atualização monetária considera a variação positiva do IPCA/IBGE publicado imediatamente anterior à data de exigibilidade e o publicado imediatamente antes da liquidação.**
- 15.17.2. O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.**
- 15.18. Os menores de dezoito anos deverão ser assistidos por um dos seus pais, e na sua falta, por quem legalmente os represente nos atos da vida civil, mediante apresentação da documentação comprobatória.**
- 15.19. AS DESPESAS EFETUADAS COM A COMPROVAÇÃO DO SINISTRO E DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO CORRERÃO POR CONTA DOS BENEFICIÁRIOS, SALVO AS DIRETAMENTE REALIZADAS PELA SULAMÉRICA.**

15.20. NA ADESÃO DESTE CONTRATO DE SEGURO O SEGURADO AUTORIZA À PERÍCIA MÉDICA DA SULAMÉRICA, A TER ACESSO A TODOS OS DADOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS, A EMPREENDER VISITA HOSPITALAR OU DOMICILIAR, REQUERER E PROCEDER A EXAMES FÍSICOS E COMPLEMENTARES.

15.20.1. AUTORIZA TAMBÉM A INCLUSÃO DE TODOS OS DADOS DE EVENTUAIS SINISTROS, OCORRÊNCIAS E INFORMAÇÕES RELACIONADAS AO PRESENTE SEGURO, EM BANCO DE DADOS AOS QUAIS A SEGURADORA PODERÁ RECORRER PARA ANÁLISE DE RISCOS ATUAIS E FUTUROS E NA LIQUIDAÇÃO DE PROCESSOS DE SINISTROS.

15.21. CASO EXISTA DISCUSSÃO JUDICIAL SOBRE PATERNIDADE ENVOLVENDO O SEGURADO FALECIDO, A SULAMÉRICA FARÁ O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, INTEGRAL OU PARCIALMENTE, POR MEIO DE DEPÓSITO JUDICIAL.

15.22. NA HIPÓTESE DE INADIMPLEMENTO, LIMITADO AO PRAZO DE TOLERÂNCIA ESTABELECIDO NO CONTRATO, NA OCORRÊNCIA DO SINISTRO COBERTO, O PRÊMIO CORRESPONDENTE AO SEGURADO E NÃO REPASSADO À SULAMÉRICA, ACRESCIDO DE JUROS, ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E MULTA MORATÓRIA, SERÁ DEDUZIDO DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA.

15.23. O pagamento da indenização será realizado sob a forma de parcela única.

16. DA PERDA DE DIREITOS

16.1. A SULAMÉRICA NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO REFERENTE AO PRESENTE SEGURO, NEM RESTITUIRÁ OS PRÊMIOS DO SEGURO E TERÁ, AINDA, O DIREITO AO RECEBIMENTO DO PRÊMIO VENCIDO, NAS SEGUINTE HIPÓTESES, ALÉM DAS PREVISTAS EM LEI E NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS:

A) QUANDO O SEGURADO AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO COBERTO;

B) QUANDO O SEGURADO, AGINDO DE MÁ-FÉ, NÃO COMUNICAR À SULAMÉRICA, TÃO LOGO TENHA CONHECIMENTO, QUALQUER FATO QUE POSSA AGRAVAR O RISCO COBERTO;

C) QUANDO O ESTIPULANTE AGRAVAR INTENCIONALMENTE O RISCO COBERTO;

D) QUANDO O ESTIPULANTE, AGINDO DE MÁ-FÉ, NÃO COMUNICAR À SULAMÉRICA, TÃO LOGO TENHA CONHECIMENTO, QUALQUER FATO QUE POSSA AGRAVAR O RISCO COBERTO;

E) QUANDO O SEGURADO, SEU REPRESENTANTE OU O CORRETOR DE SEGUROS FIZER DECLARAÇÕES INEXATAS OU OMITIR CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO OU NO VALOR DO PRÊMIO, FICANDO AINDA O SEGURADO OBRIGADO AO PAGAMENTO DO PRÊMIO VENCIDO; OU

F) NO CASO DE FRAUDE CONSUMADA OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULANDO ACIDENTE OU AGRAVANDO AS SUAS CONSEQUÊNCIAS.

16.2. O SEGURADO ESTÁ OBRIGADO A COMUNICAR À SOCIEDADE SEGURADORA, LOGO QUE O SAIBA, QUALQUER FATO SUSCETÍVEL DE AGRAVAR O RISCO COBERTO, SOB PENA DE PERDER O DIREITO À COBERTURA, SE FICAR COMPROVADO QUE SILENCIOU DE MÁ-FÉ.

16.3. A SulAmérica terá 15 (quinze) dias, contados do recebimento do aviso da agravação do risco coberto para, por meio de comunicação escrita ao estipulante, cancelar o risco individual ou a apólice, se for o caso.

16.3.1. CASO A APÓLICE NÃO SEJA IMEDIATAMENTE CANCELADA, TENDO EM VISTA A AGRAVAÇÃO DO RISCO COBERTO TER OCORRIDO POR AÇÃO OU OMISSÃO DO ESTIPULANTE, MEDIANTE ACORDO COM O ESTIPULANTE E CONCORDÂNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DOS SEGURADOS PRINCIPAIS, O RISCO COBERTO CONTRATADO PARA O GRUPO SEGURADO PODERÁ SER RESTRINGIDO OU A DIFERENÇA DO PRÊMIO COBRADA.

16.3.2. Caso a apólice seja cancelada, tal cancelamento somente será eficaz após 30 (trinta) dias, contados da notificação do agravamento do risco coberto à SulAmérica, devendo ser restituída a diferença do prêmio, se houver.

16.4. SE A INEXATIDÃO OU A OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES NÃO RESULTAR DE MÁ-FÉ DO ESTIPULANTE, DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS, SEUS BENEFICIÁRIOS, SEU CORRETOR DE SEGUROS OU SEUS REPRESENTANTES LEGAIS, A SEU CRITÉRIO, A SULAMÉRICA PODERÁ:

I. NA HIPÓTESE DE NÃO TER OCORRIDO SINISTRO:

A) CANCELAR A APÓLICE, CONFORME O CASO, RETENDO, DO PRÊMIO ORIGINALMENTE PACTUADO, A PARCELA PROPORCIONAL AO TEMPO DECORRIDO DESTE O INÍCIO DE VIGÊNCIA DO SEGURO; OU

B) MEDIANTE ACORDO ENTRE AS PARTES, PERMITIR A CONTINUIDADE DO SEGURO, COBRANDO A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL OU RESTRINGINDO A COBERTURA CONTRATADA.

III. NA HIPÓTESE DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO COM PAGAMENTO INTEGRAL DO CAPITAL SEGURADO:

A) CANCELAR O SEGURO, APÓS O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, DEDUZINDO, DO VALOR A SER INDENIZADO, A DIFERENÇA DE PRÊMIO CABÍVEL.

17. DOS BENEFICIÁRIOS

17.1. É livre a indicação dos Beneficiários pelo Segurado, ressalvadas as restrições legais. Também poderá realizar alterações, inclusões ou exclusões de Beneficiários a qualquer tempo, mediante solicitação por escrito.

17.1.1. Não havendo expressa indicação de beneficiários, ou na falta destes, será considerado como tal aqueles indicados por lei.

17.2. No caso das coberturas de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), Doenças Congênitas previstas nestas Condições Gerais, bem como no caso de morte do segurado Dependente, quando houver, o Beneficiário será sempre o próprio segurado.

17.3. **NO CASO DE RESCISÃO CONTRATUAL DECORRENTE DE MORTE SERÁ BENEFICIÁRIO DA COBERTURA DE VERBAS RESCISÓRIAS, A EMPRESA CONTRATANTE COM O QUAL O SEGURADO POSSUI VÍNCULO EMPREGATÍCIO.**

17.4. 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 deste, salvo disposição em contrário.

18. DAS OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

18.1. O Estipulante é o representante dos Segurados perante a **SulAmérica** e, nesta qualidade, receberá todas as comunicações inerentes ao seguro.

18.2. **O ESTIPULANTE É O ÚNICO RESPONSÁVEL, PARA COM A SULAMÉRICA, PELO CUMPRIMENTO DE TODAS AS OBRIGAÇÕES CONTRATUAIS ASSUMIDAS NO CONTRATO.**

18.3. CONSTITUEM OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE, ALÉM DE OUTRAS QUE PODERÃO SER ESTABELECIDAS NO CONTRATO:

A) FORNECER À SULAMÉRICA TODAS AS INFORMAÇÕES POR ELA SOLICITADA PARA A ANÁLISE E ACEITAÇÃO DO RISCO;

B) MANTER A SULAMÉRICA INFORMADA A RESPEITO DOS SEGURADOS, SEUS DADOS CADASTRAIS, ALTERAÇÕES NA NATUREZA DO RISCO COBERTO, BEM COMO QUAISQUER EVENTOS QUE POSSAM, NO FUTURO, RESULTAR EM SINISTRO;

C) FORNECER AO SEGURADO, SEMPRE QUE SOLICITADO, QUAISQUER INFORMAÇÕES RELATIVAS AO SEGURO CONTRATADO, INCLUSIVE DISPONIBILIZANDO AS CONDIÇÕES GERAIS, O CONTRATO E AS CONDIÇÕES ESPECIAIS, SE HOUVER;

D) REPASSAR AOS SEGURADOS TODAS AS COMUNICAÇÕES OU AVISOS INERENTES AO SEGURO;

E) DISCRIMINAR O NOME DA SULAMÉRICA NOS DOCUMENTOS E COMUNICAÇÕES REFERENTES AO SEGURO ENVIADOS PARA O SEGURADO;

E) COMUNICAR À SULAMÉRICA, TÃO LOGO TOME CONHECIMENTO, A OCORRÊNCIA DE QUALQUER SINISTRO OU EXPECTATIVA DE SINISTRO REFERENTE AO GRUPO SEGURADO;

F) DAR CIÊNCIA AOS SEGURADOS DOS PROCEDIMENTOS E PRAZOS ESTIPULADOS PARA A LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS;

G) COMUNICAR DE IMEDIATO À SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP QUAISQUER PROCEDIMENTOS QUE CONSIDERAR IRREGULARES QUANTO AO SEGURO CONTRATADO;

H) FORNECER À SUSEP QUAISQUER INFORMAÇÕES POR ELA SOLICITADAS E DENTRO DO PRAZO POR ELA DETERMINADO;

I) PAGAR OS PRÊMIOS NA DATA ACORDADA COM A SULAMÉRICA; E

18.4. É EXPRESSAMENTE VEDADO AO ESTIPULANTE:

A) COBRAR DOS SEGURADOS QUAISQUER VALORES RELATIVOS AO SEGURO

B) RESCINDIR O CONTRATO SEM ANUÊNCIA PRÉVIA E EXPRESSA DE UM NÚMERO DE SEGURADOS QUE REPRESENTA, NO MÍNIMO, $\frac{3}{4}$ (TRÊS QUARTOS) DO GRUPO SEGURADO;

C) EFETUAR PROPAGANDA E PROMOÇÃO DO SEGURO SEM PRÉVIA ANUÊNCIA DA SULAMÉRICA E SEM RESPEITAR A FIDELIDADE DAS INFORMAÇÕES QUANTO AO SEGURO QUE SERÁ CONTRATADO; E

D) VINCULAR A CONTRATAÇÃO DE SEGUROS A QUALQUER DE SEUS PRODUTOS, RESSALVADA A HIPÓTESE EM QUE TAL CONTRATAÇÃO SIRVA DE GARANTIA DIRETA A ESTES PRODUTOS.

19. DO MATERIAL DE DIVULGAÇÃO DO SEGURO

19.1. As peças promocionais e de propaganda deverão ser divulgadas com autorização expressa e supervisão da **SulAmérica**, respeitadas rigorosamente estas Condições Gerais e a Nota Técnica Atuarial submetidas à SUSEP.

19.2. A propaganda e a divulgação do seguro por parte do Estipulante e/ou Corretor de Seguros somente poderão ser feitas com autorização expressa da **SulAmérica**, respeitadas as Condições Contratuais e a regulamentação vigentes, ficando a **SulAmérica** responsável somente pelas informações contidas na propaganda e divulgação por ela devidamente autorizadas.

20. DO EXCEDENTE TÉCNICO

20.1. Poderá ocorrer a reversão de Excedente Técnico, conforme estabelecido no Contrato.

20.2. Na hipótese de reversão, será considerado Excedente Técnico o saldo positivo (se houver), entre a receita e as despesas a seguir especificadas:

I – RECEITAS

- a) os Prêmios, de competência, correspondentes ao período de apuração, efetivamente pagos, deduzidos os Prêmios devolvidos;
- b) os estornos de Sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

II - DESPESAS

- a) as comissões de corretagem pagas durante o período, correspondentes ao período de competência analisado;
- b) as comissões de administração (pró-labore) pagas durante o período (se houver);
- c) as comissões de agenciamento pagas durante o período (se houver);
- d) valor total dos Sinistros ocorridos, pagos ou avisados, no período de competência analisado;
- e) o valor total dos Sinistros ocorridos em qualquer época e ainda não considerados nas apurações dos períodos anteriores ao de competência;
- f) os saldos negativos dos períodos anteriores e ainda não compensados;
- g) as despesas efetivas de administração do plano a cargo da **SulAmérica**;
- h) as despesas a título de IBNR, ou seja, os Sinistros ocorridos e ainda não avisados, relativas ao período de competência avaliado.

20.3. Quando da apuração, as receitas e as despesas serão atualizadas pelo IPCA/IBGE, no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, será utilizado o Índice Nacional de Preços ao Consumidor – INPC/IBGE, conforme abaixo:

- a) Prêmios e comissões - a partir do respectivo dia do pagamento;
- b) Sinistros - a partir do dia do aviso à **SulAmérica**;
- c) Saldos negativos anteriores - a partir do respectivo mês de apuração;
- d) Despesas de administração da **SulAmérica** - a partir das datas em que incorreram.

20.4. No caso de resultado positivo, a **SulAmérica** repassará a título de Excedente Técnico ao Estipulante o percentual estabelecido no Contrato.

20.5. Respeitado o critério de apuração estabelecido nos itens anteriores, a reversão de Excedente Técnico ocorrerá após o 1º ano de Vigência da Apólice.

20.6. A distribuição de Excedente Técnico será realizada após o término de Vigência anual da Apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de Excedente Técnico.

21. DA TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS

21.1. Os direitos decorrentes do Risco Coberto garantido, observadas as disposições destas Condições Gerais, não poderão ser transferidos, cedidos ou onerados de qualquer forma.

22. DA INEXISTÊNCIA DE SUB-ROGAÇÃO

22.1. A SulAmérica não se sub-roga em eventuais direitos dos Beneficiários por efeito do pagamento do Capital Segurado.

23. DO FORO

- 23.1.** Fica eleito o foro da comarca do domicílio do Segurado Principal ou do Beneficiário, conforme o caso, com a exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir eventuais litígios decorrentes do presente plano de seguro.
- 23.2.** Na hipótese de inexistência de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

24. DAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

24.1. A contratação e/ou a alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Estipulante ou por corretor de seguros habilitado.

24.2. Nenhuma alteração neste Seguro será válida se não for feita, por escrito, com a concordância das partes contratantes.

24.2.1. POR PARTE DA SULAMÉRICA, NINGUÉM, EXCETO SUA DIRETORIA, OU PESSOA AUTORIZADA DE CONFORMIDADE COM OS ESTATUTOS SOCIAIS, PODERÁ DECLARAR ACEITAÇÃO DE QUAISQUER MODIFICAÇÕES DO CONTRATO DE SEGURO. ASSIM SENDO, A SULAMÉRICA NÃO SE RESPONSABILIZA POR QUALQUER INFORMAÇÃO OU PROMESSA QUE ESTIVER ESCRITA E ASSINADA POR PESSOA NÃO AUTORIZADA.

24.3. Caso a **SulAmérica** deixe de exigir o cumprimento pontual ou integral das obrigações decorrentes das Condições Contratuais ou de exercer qualquer direito ou faculdade que lhe seja atribuído, tal fato será interpretado como mera tolerância, a título de liberalidade, e não importará renúncia aos direitos ou faculdades não exercidas, nem em precedente, novação ou alteração de qualquer cláusula ou Condição Contratual.

24.4. No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a **SulAmérica** adotará os procedimentos determinados pela legislação pertinente ou pelos órgãos públicos competentes.

24.5. Os prazos prescricionais relacionados à Apólice serão aqueles previstos na legislação em vigor.

24.6. O pagamento dos tributos que incidam ou venham a incidir sobre os Prêmios e/ou Indenizações deverá ser efetuado por quem a legislação específica determinar.

24.7. O REGISTRO DO PRODUTO É AUTOMÁTICO E NÃO REPRESENTA APROVAÇÃO OU RECOMENDAÇÃO POR PARTE DA SUSEP.

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

24.9. Para mais informações entre em contato pelos telefones:

24.10.

Central de Serviços: 4004.4935 capitais, regiões metropolitanas e demais localidades.

SAC: 0800.722.0504

SAC (Deficientes auditivos e de fala): Acesse o WhatsApp SulAmérica (11) 3004-9723

Ouvidoria: 0800.725.3374

Ou visite o site – www.sulamerica.com.br

Anexo I

Tabela para Cálculo de Indenização em caso de Invalidez Permanente

Inv. Permanente	Discriminação	% sobre importância segurada
Total	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
Parcial diversas	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
	Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	Perda de substância - Palato mole e duro	20
	Sistema auditivo - Amputação total de uma orelha	8
	Sistema auditivo - Amputação total das duas orelhas	12
	Perda do baço	15
	Aparelho urinário - Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	Incontinência urinária permanente	30
	Aparelho urinário - Perda de um rim com rim remanescente	
	- Com função renal preservada	25
	- Com redução da função renal (não dialítica)	50
	- Com perda da função renal (dialítica)	75
	Aparelho urinário - Perda de rim único	75
	Aparelho genital e reprodutor masculino	
	- Amputação traumática do pênis	40
	Pescoço - Estenose da laringe com obstáculo a deglutição	18
	Pescoço - Lesão do esôfago com transtornos da função motora	17
	Pescoço - Traqueostomia definitiva	40

Inv. Permanente	Discriminação	% sobre importância segurada
Parcial diversas	Tórax - Aparelho Respiratório	
	- Sequelas pós-traumáticas pleurais	10
	- Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia - parcial ou total) – com:	
	- função respiratória preservada	12
	- redução em grau mínimo da função respiratória	25
	- redução em grau médio da função respiratória	50
	- insuficiência respiratória	75
	Tórax - Mamas femininas - Mastectomia total unilateral	10
	Tórax - Mamas femininas - Mastectomia total bilateral	20
	Tórax - Abdome (Órgãos e vísceras) - Gastrectomia subtotal	20
	Tórax - Abdome (Órgãos e vísceras) - Gastrectomia total	40
	Tórax – Intestino delgado - Ressecção parcial	20
	Tórax – Intestino delgado - Ressecção parcial com síndrome disabsortiva e/ou ileostomia definitiva	40
	Tórax – Intestino grosso - Colectomia parcial	20
	Tórax – Intestino grosso - Colectomia total	40
	Tórax – Intestino grosso - Colostomia definitiva	40
	Tórax - Reto e ânus - Incontinência fecal sem prolapso	30
	Tórax - Reto e ânus - Incontinência fecal com prolapso	40
	Tórax - Fígado - Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	Tórax - Fígado - Lobectomia com insuficiência hepática	75
Síndromes neurológicas - Epilepsia pós-traumática	20	
Síndromes neurológicas - Derivação ventrículo-peritoneal (por hidrocefalia pós-traumática)	20	
Síndromes neurológicas - Síndrome pós-concussional	5	
Parcial Membros superiores	Perda total de uso de um dos membros superiores	70
	Perda total do uso de uma das mãos	60
	Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	Perda total do uso da falange distal do polegar	9
	Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
	Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.		

Inv. Permanente	Discriminação	% sobre importância segurada
Parcial Membros Inferiores	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbioperoneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Aniquilose total de um dos joelhos	20
	Aniquilose total de um dos tornozelos	20
	Aniquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
	- de 3 (três) centímetros	6
	menos de 3 (três) centímetros: sem indenização.	

Anexo II
Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF

Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE O OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20

CONNECTIVIDADE E DO SEGURADO COM A VIDA	<p>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.</p>	00
	<p>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).</p>	10
	<p>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.</p>	20

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E MORBIDADE

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