QH CONSULT
CONSULTORIA E CORRETAGEM DE SEGUROS



Icatu
SEGUROS

2025

Manual do Segurado: Condições Gerais do Contrato de Seguro.



Resumo das principais coberturas.

Coberturas de Perda de Renda – assegura o pagamento de até 5 mensalidades contratuais junto ao estabelecimento de ensino quando ocorrer ao responsável financeiro pelo aluno umas das seguintes situações:

•Auxilio desemprego: desde que tenha sido empregado registrado (vínculo empregatício) durante pelo menos um ano, no último emprego, sendo limitado a um evento por ano, dentre outras condições previstas nas Condições Gerais do Seguro Educacional.
Os profissionais liberais não terão direito a esta cobertura. Também não será concedido igual direito, nas seguintes hipóteses: rescisão negociada, demissão por justa causa ou por solicitação do segurado, estágios, trabalhos temporários, provisórios ou por tempo determinado, cargos em comissão, aposentadoria por invalidez, pensionistas, falência/fechamento de empresas.

•Incapacidade física temporária por acidente: (autônomos e profissionais liberais) – quando o responsável financeiro pelo aluno ficar impedido de exercer a sua atividade profissional por um período superior a 15 (quinze) dias.

Despesas médicas e hospitalares – Reembolso das despesas que forem efetuadas com o tratamento sob orientação médica em consequência de acidente, até a importância contratada, ocorrido nas seguintes situações:

•Atividades escolares promovidas dentro do estabelecimento de ensino.

•Atividades externas, desde que promovidas pelo estabelecimento de ensino.

Entre outros, não estão cobertos por este seguro os acidentes decorrentes, por parte do segurado, da prática de atos ilícitos ou contrários à lei, bem como de ato reconhecidamente perigoso e que não seja motivado por necessidade justificada.



Coberturas básicas – assegura a continuidade dos estudos do aluno até o final do Ensino Médio.
Nas seguintes situações:

• **Óbito ou Invalidez (Funcional) Permanente Total do Responsável Financeiro pelo aluno.**
Em todas as coberturas citadas nesta seção, os responsáveis financeiros deverão atender aos seguintes requisitos:

- O Segurado (Responsável Financeiro) é aquele que comprovadamente é o responsável pelo pagamento das mensalidades escolares devidas a instituição de ensino, e que na época da assinatura do contrato esteja em perfeita condição de saúde, plena atividade profissional, não possua idade superior a 65 (sessenta e cinco) anos, podendo estar aposentado desde que não seja por invalidez e que na época do sinistro atenda aos seguintes requisitos (sem prejuízo de outros constantes das condições gerais do Seguro):

a) esteja com a mensalidade do mês do sinistro paga, até a data do vencimento da parcela, ou devidamente quitada 24 h antes do sinistro;
b) seja o responsável financeiro pelo aluno o pai, mãe ou tutor legal (aquele que preencher o formulário de identificação do responsável financeiro anexo ao contrato de prestação de serviço educacionais firmado com a instituição de ensino).
c) só serão aceitos como responsável financeiro o pai, a mãe ou tutor legal.

A alteração do responsável financeiro deverá seguir procedimento próprio, mediante preenchimento de formulário padrão que será submetido à apreciação da Seguradora quanto ao seu deferimento.

Observações:

* Fica entendido que a quitação da mensalidade em atraso não dá direito à cobertura de sinistros ocorridos durante o tempo de inadimplência;

* Além das coberturas citadas acima, o Seguro Educacional oferece cobertura de auxílio funeral, em caso de morte acidental do aluno;



A seguir você pode consultar detalhadamente a íntegra das condições gerais do contrato de seguro.

SEGURO COLETIVO DE PESSOAS REMISSIVO – CONDIÇÕES GERAIS

1. OBJETIVO DO SEGURO

1.1. Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Estipulante/Subestipulante, com a finalidade de quitar integralmente ou parcialmente as prestações futuras de um contrato assumido pelo Segurado, permitindo que os seus dependentes possam usufruir dos benefícios oferecidos por este contrato, na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, **exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que respeitadas as condições contratuais**.

1.2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

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

2. DEFINIÇÕES

2.1. **Acidente Pessoal:**

Evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento e causador de lesão física, que, por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tendo como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:
Incluem-se, ainda, nesse conceito:

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

Não se incluem no conceito de acidente pessoal:
*** as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam as suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;**
*** as intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto; as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas**
*** cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforço Repetitivo – 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 suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e**
*** as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, conforme definido neste item.**

2.2. **Apólice:**
É o documento emitido pela sociedade seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante/subestipulante, nos planos coletivos.

2.3. **Assistido:**
É o beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado sob a forma de renda;

2.4. **Beneficiário:**
É a pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

2.5. **Capital Segurado:**
É o valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela sociedade seguradora na ocorrência do sinistro.

2.6. **Carregamento:**
É a importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização

2.7. **Carência (prazo de carência):**
É o período, contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital segurado, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais segurados contratados.

2.8. **Certificado Individual:**
É o documento destinado ao segurado, emitido pela sociedade seguradora no caso de contratação coletiva, quando da aceitação do proponente, da renovação do seguro ou da redução ou aumento dos valores referentes ao capital segurado ou prêmio.

2.9. **Coberturas de Risco:**
São as coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do segurado a uma data pré determinada. Denominadas nestas condições gerais de Garantias.

2.10. **Condições Contratuais:**
É o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, da apólice e, quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta de adesão e do certificado individual.

2.11. **Condições Gerais:**
É o conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos, da sociedade seguradora, dos segurados, dos beneficiários e, quando couber, do estipulante/subestipulante.

2.12. Condições Especiais:
É o conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura/garantia que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

2.13. **Contrato:**
É o instrumento jurídico firmado entre o estipulante/subestipulante e a sociedade seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante/subestipulante, da sociedade seguradora, dos segurados, e dos beneficiários.

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



2.15. **Corretor:**
É a Pessoa Física ou Jurídica autorizada a angariar e promover contratos de seguros. **O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.**
2.16. **Doença Preexistente:**
É toda doença, inclusive as congênitas, que o Segurado saiba ser portador ou sofredor à época da contratação do seguro.
2.17. **Estipulante/Subestipulante:**
É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante/ subestipulante instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante/subestipulante averbador quando não participar do custeio.
2.18. **Evento Coberto:**
É o acontecimento futuro, possível e incerto, passível de ser indenizado pelas garantias contempladas nestas Condições Gerais.
2.19. **Excedente Técnico:**
É o saldo positivo obtido pela sociedade seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.
2.20. **Formulário de Aviso de Sinistro:**
É o documento pelo qual é feita a comunicação de um sinistro à Seguradora.
2.21. **Franquia:**
É o período ininterrupto de dias dentro da vigência do seguro, contado a partir da data da ocorrência do evento coberto, durante o qual o segurado não terá direito à cobertura do seguro.
2.22. **Garantias:**
São as obrigações que a Seguradora assume perante o Segurado quando da ocorrência de um evento coberto.
2.23. **Grupo Segurado:**
É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.
2.24. **Grupo Segurável:**
É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante/subestipulante que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva.
2.25. **IPC-A:**
Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. A coleta de preços é feita mensalmente entre os dias 1º e 30 do mês de referência, com divulgação em aproximadamente 8 dias úteis.
2.26. **Indenização:**
Valor que a Seguradora deverá pagar ao Segurado ou a seus Beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto contratado.
2.27. **Início de Vigência:**
É a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela sociedade seguradora.
2.28. **Médico Assistente:**
É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.
2.29. **Migração de Apólices:**
É a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.
2.30. **Nota Técnica Atuarial**:
Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.
2.31. **Parâmetros Técnicos:**
A taxa de juros, o índice de atualização de valores e as taxas estatísticas e puras utilizadas e/ou tábuas biométricas, quando for o caso.
2.32. **Prazo de Tolerância:**
Corresponde ao período máximo, em que ainda há cobertura do seguro, que antecede o cancelamento do seguro em razão da inadimplência (não-pagamento) do Segurado.
2.33. **Período de Cobertura:**
Aquele durante o qual o segurado ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados.
2.34. **Prêmio:**
Valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro.
2.35. **Prêmio Comercial:**
Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
2.36. **Prêmio Puro:**
Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.
2.37. **Proponente:**
O interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.
2.38. **Proposta de adesão:**
É o 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.
2.39. **Proposta de Contratação:**
Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.
2.40. **Reintegração do Capital Segurado:**
É a recomposição do capital segurado após a ocorrência de um sinistro.
2.41. **Riscos Excluídos:**
São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.
2.42. **Segurado:**
Pessoa física que contratou o seguro.
2.43. **Segurado Principal:**

É o Segurado que mantém vínculo com o Estipulante/Subestipulante.
2.44. **Seguradora:**
É a companhia de seguros, devidamente constituída e legalmente autorizada a operar no país, que assume os riscos inerentes às garantias contratadas, que nos termos destas Condições Gerais é a ICATU SEGUROS S.A.
2.45. **Sinistro:**
A ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.
2.46. **Vigência do Seguro:**
É o período no qual a apólice de seguro está em vigor.
2.47. **Vigência da Cobertura Individual:**
É o período em que o Segurado está coberto pelas garantias deste seguro.
3. GARANTIAS DO SEGURO
3.1. As garantias abrangidas por este seguro estão definidas nas respectivas Condições Especiais e sendo estabelecidas nas Condições Contratuais em conformidade com o Estipulante/Subestipulante e Segurado.



3.2. As Garantias dos seguros, a seguir descritas, dividem-se em Básica e Especiais: 3.2.1. **Garantias Básicas**: podem ser contratadas isoladamente:

a) Morte Natural ou Acidental: é a garantia do pagamento de uma indenização caso o Segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais durante a vigência deste Seguro.
b) Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA): é a garantia de pagamento de um capital, em caso de morte por acidente pessoal;
c) Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): é a garantia do pagamento de uma indenização, relativa à perda, redução ou impotência funcional definitiva, total, de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada por acidente pessoal coberto. 3.2.2. **Garantias Especiais**

a) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD): é a antecipação do pagamento da indenização relativa à garantia básica de morte em caso de invalidez funcional permanente total, consequente de doença, nos termos das condições especiais.
b) Perda Involuntária de Emprego (PIE): como "perda involuntária de emprego" entende-se o segurado que ficar desempregado involuntariamente e que a demissão não tenha sido por justa causa, e que fique sem receber nenhuma remuneração pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.
c) Incapacidade Física Total Temporária (IFTT): considera-se como "incapacidade física total temporária por acidente" aquela, motivada por acidente ou doença, sendo caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta do segurado exercer qualquer atividade relativa a sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sobre tratamento médico.

3.3. As Garantias Especiais somente poderão ser contratadas conjuntamente com uma das garantias básicas.

4. RISCOS EXCLUÍDOS 4.1. Estão expressamente excluídos de todas as garantias deste seguro os eventos ocorridos em consequência:

- **do 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;**
- **de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, salvo se tratar de prestação de serviço militar ou de ato de humanidade em auxílio de outrem;**
- **de doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado, não declaradas na proposta de adesão;**
- **de suicídio ou tentativa de suicídio do Segurado, exceto se ocorrido após o período de 2 (dois) anos contados da vigência inicial do seguro ou de sua recondução depois de suspenso;**
- **de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, bem como pelos sócios controladores, dirigentes e administradores.**

4.2. Exclusão para Atos Terroristas Não estão cobertos perdas e danos causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize anatureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentório à ordem pública pela autoridade pública competente.

4.3. É vedada a exclusão de morte ou a incapacidade do segurado quando provier da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

5. ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA
5.1. As garantias do seguro previstas nestas condições aplicam-se para eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

6. CARÊNCIAS
6.1. O período de carência será contado a partir do início de vigência da cobertura individual, sendo estabelecido nas Condições Contratuais. Não haverá prazo de carência para sinistros decorrentes de acidentes pessoais cobertos, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data da contratação ou de adesão ao seguro.

6.2. O período de carência constará na proposta de contratação, na proposta de adesão e na apólice e será de no máximo 2 (dois) anos, não podendo exceder metade do período de vigência da cobertura individual.

6.3. A Seguradora, a seu critério, poderá substituir ou reduzir o prazo de carência por Declaração Pessoal de Saúde e/ou de Atividades e/ou de exame médico.

6.4. O prazo de carência também será aplicado aos aumentos de capital segurado, após o início de vigência do seguro, para o capital aumentado.

6.5. Caso o Grupo Segurado seja transferido de outra Seguradora, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior, desde que mantidas as mesmas características da apólice vigente na congênere anterior.

7. ACEITAÇÃO DO SEGURO
7.1. A contratação do seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo Proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

7.2. Poderão ser incluídos no seguro os componentes do grupo segurável, mediante a assinatura e o preenchimento completo da proposta de adesão, na qual o proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das Condições Gerais, bem como a entrega dos documentos que a Seguradora julgar necessários para análise dos riscos seguráveis. 7.2.1. Recebida a proposta de adesão pela



Seguradora, o seguro estará automaticamente aceito, caso não haja manifestação contrária da Seguradora no prazo de 15 (quinze) dias.
7.3. A Seguradora poderá solicitar, uma única vez, documentos complementares, para análise e aceitação do risco, sendo neste caso suspenso o prazo anteriormente citado, o qual voltará a correr somente a partir da data em que se der a entrega da documentação.
7.4. Caso haja recusa da proposta, a Seguradora deverá enviar comunicação por escrito ao proponente, devidamente fundamentada na legislação e regulamentação aplicáveis. Considerar-se-á como data da recusa da Proposta, para todos os efeitos legais, a data do recebimento da comunicação pelo segurado, conforme constante no aviso de recebimento.
7.5. Caso tenha havido pagamento parcial ou total de prêmio, a Seguradora restituirá o proponente e/ou o Estipulante/Subestipulante, no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos contados da data da formalização da recusa. O valor a ser devolvido corresponderá ao prêmio pago, deduzido da parcela "pro rata temporis" correspondente ao período em que tiver prevalecido a cobertura, devidamente atualizado pela variação do índice pactuado conforme item 10 destas Condições Gerais entre o último índice publicado antes da data do pagamento do prêmio e aquele publicado imediatamente anterior à data da efetiva restituição.
7.6. Para formalizar a aceitação do Seguro, a Seguradora deverá emitir Apólice contendo as particularidades do Seguro e enviar uma via para o Estipulante/Subestipulante, bem como fornecer, para cada Segurado incluído no seguro, um Certificado Individual, em até 15 (quinze) dias a contar da data da aceitação da proposta. Cada Segurado receberá também um Certificado Individual em cada uma das renovações subsequentes. Constará no respectivo Certificado Individual: data e hora do início e término de vigência do risco individual, cobertura e respectivo capital segurado e o prêmio correspondente, bem como, nos seguros onde haja distribuição de excedentes técnicos aos segurados, informação de que o segurado tem direito ao excedente técnico.

8. **VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO**
ICATU SEGUROS | Condições Gerais Página 6
8.1. A vigência do seguro será de 12 (doze) meses, podendo, entretanto, serem determinados períodos diferentes nas Condições Contratuais.
8.2. Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.
8.3. A apólice será renovada automaticamente, uma única vez, por igual período, salvo se a Seguradora ou o Estipulante/Subestipulante, mediante aviso prévio de 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice, comunicar, por escrito, o desinteresse pela renovação.
8.4. As demais renovações somente ocorrerão se expressamente acordado pelas partes, por meio de termo aditivo ao Contrato. Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar sua decisão aos segurados e ao estipulante/subestipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.
8.4.1. A renovação poderá ser feita mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante/Subestipulante, desde que não acarrete ônus ou dever para os segurados ou redução de seus direitos.
8.4.2. Caso haja, na renovação, alteração, inclusive quanto à taxa do seguro, que implique em ônus ou dever para os segurados, bem como redução de seus direitos, esta somente poderá ocorrer mediante anuência prévia e expressa de, pelo menos, ¾ do grupo segurado.
8.5. Para as propostas recepcionadas sem pagamento de prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de aceitação da proposta pela Seguradora. Desde que expressamente acordado entre as partes, poderá ser convencionada outra data para o início de vigência do Seguro.
8.6. Para as propostas recepcionadas com adiantamento de valor para futuro pagamento do prêmio, o início de vigência da cobertura individual será às 24 (vinte e quatro) horas da data de recepção da proposta pela Seguradora.
8.7. As apólices, os certificados e os endossos terão seu início e término de vigência às 24 horas das datas para tal fim neles indicados.

9. **CAPITAL SEGURADO**
9.1. Este Seguro admite duas opções de capital segurado e será definido nas Condições Contratuais e prevalecerá durante toda a vigência do certificado individual:
9.1.1. Valor fixo, correspondente ao valor original estipulado no contrato assumido pelo Segurado com o Estipulante/Subestipulante; ou
9.1.2. Variável e correspondente aos valores atualizados pelo contrato assumido pelo Segurado com o Estipulante/Subestipulante.
9.2. Para a determinação do valor do capital segurado no momento da liquidação do sinistro, deverá ser considerada como data do evento a data definida nas condições especiais do seguro.

10. **ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA**
10.1. Os capitais segurados e os prêmios correspondentes deverão ser atualizados monetariamente, em cada aniversário da apólice, pelo IPC-A (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo), divulgado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao do aniversário, exceto para as apólices que possuam recálculo do capital segurado pela variação do saldo devedor.
10.1.1. Os capitais segurados, pagáveis por morte ou invalidez, e custeados mediante o pagamento de prêmio único deverão ser atualizados pelo mesmo índice previsto no subitem 10.1 até a data de ocorrência do evento gerador.
10.1.2. Quando a periodicidade de pagamento do prêmio for anual, os capitais segurados deverão ser atualizados pelo mesmo índice previsto no subitem 10.1, desde a data da última atualização do prêmio até a data de ocorrência do evento gerador.
10.2. No caso de Capital Segurado Variável, conforme subitem 9.1.2, tanto capital segurado quanto prêmio serão recalculados na mesma periodicidade e na mesma proporção da variação do valor do contrato assumido pelo Segurado com o Estipulante/Subestipulante (mensal, semestral, ...), não sendo aplicável, portanto, a atualização monetária de que trata o subitem 10.1 acima.

11. **PAGAMENTO DE PRÊMIO**
11.1. O custeio do seguro pode ser:
* contributário: quando os Segurados Principais pagam total ou parcialmente o prêmio do seguro; ou
* não contributário: quando os Segurados Principais não arcam como o pagamento do prêmio do seguro, sendo este integralmente custeado pelo Estipulante/Subestipulante.
11.2. A periodicidade do pagamento dos prêmios poderá ser única, anual, semestral, trimestral, bimestral ou mensal, conforme definido no Contrato.
11.3. Nos seguros custeados através de fracionamento de prêmio, no caso de não pagamento de uma parcela até a data limite prevista para este fim, fica entendido e acordado, que, para efeito de cobertura, deverá ser observado o número de dias correspondentes ao percentual do prêmio efetivamente pago, conforme tabela abaixo:



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

11.3.1. Para os percentuais não previstos na tabela acima, deverão ser aplicados os percentuais imediatamente superiores.

11.3.2. A seguradora informará ao segurado ou ao seu representante, por meio de comunicação escrita, o novo prazo de vigência ajustado, nos termos do subitem 11.3.

11.3.3. Restabelecido o pagamento do prêmio das parcelas ajustadas, acrescidas dos encargos contratualmente previstos, dentro do novo prazo de vigência da cobertura referido no subitem 11.3.2, ficará automaticamente restaurado o prazo de vigência original da apólice.

11.3.4. Findo o novo prazo de vigência da cobertura referido no subitem 11.3.2, sem que tenha sido retomado o pagamento do prêmio, dar-se-á de pleno direito o cancelamento do contrato de seguro, desde que haja expressa previsão contratual neste sentido.

11.4. Os prêmios poderão ser pagos pelo Segurado e/ou pelo Estipulante/ Subestipulante, por meio de ordem de pagamento, documento de ordem de crédito, débito em conta corrente ou desconto em folha de pagamento, conforme definido nas Condições Contratuais. Outra forma de pagamento poderá ser definida mediante acordo entre Seguradora e Estipulante/Subestipulante e deverá constar do Contrato.

11.5. Sob sua exclusiva responsabilidade perante os Segurados, a Seguradora poderá delegar ao Estipulante/Subestipulante o recolhimento dos prêmios, ficando este responsável por seu repasse à Seguradora, conforme as condições estabelecidas na apólice. **O não repasse à Seguradora de prêmios recolhidos pelo Estipulante/Subestipulante não poderá prejudicar o Segurado.**

11.6. É expressamente vedado ao Estipulante/Subestipulante o recolhimento, a título de prêmio, de qualquer valor que exceda o destinado ao custeio do seguro. Quando houver o recolhimento, juntamente com o prêmio, de outros valores devidos ao Estipulante/Subestipulante, a qualquer título, é obrigatório o destaque, no documento de cobrança, do valor do prêmio discriminado por cobertura contratada. É vedada, ainda, a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou de intermediação.

11.7. Quando a forma de cobrança do prêmio for o desconto em folha, o empregador não poderá interromper o recolhimento, salvo nos casos de cancelamento da apólice, de perda do vínculo empregatício ou por solicitação por escrito do Segurado. Nesses casos, se o Segurado optar por continuar com a cobertura do seguro, deverá assumir o custeio integral das respectivas coberturas.

11.8. **Os prêmios deverão ser pagos até a data estabelecida nas Condições Contratuais**. No entanto, caso esta data corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das garantias.

11.8.1. A não observância da data limite para pagamento do prêmio, exceto nos casos previstos no subitem 11.8, ensejará a cobrança de multa de 2% (dois por cento) sobre o valor do prêmio além de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês "pro rata die" sobre o valor do prêmio.

11.9. Servirão como comprovante de pagamento de prêmios: o recibo de pagamento, o comprovante do débito efetuado em conta bancária, o recibo de remessa ou de pagamento bancário ou postal devidamente compensado, ou ainda, a ICATU SEGUROS | Condições Gerais Página 8 comprovação do desconto em folha de pagamento. Para as demais formas de pagamento acordadas entre Estipulante/Subestipulante e Seguradora, os comprovantes serão aqueles definidos no Contrato.

11.10. As taxas e os prêmios de seguro serão reavaliados anualmente junto ao Estipulante/Subestipulante, por ocasião da renovação da apólice, com base em critério técnico definido na Nota Técnica Atuarial deste seguro. Caso haja, na renovação, alteração da taxa do seguro que implique em ônus ou deveres adicionais aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos ¾ do grupo segurado para que esta possa ser implementada, sem prejuízo da faculdade da Seguradora de rescindir o Seguro, mediante comunicação aos segurados e ao estipulante/subestipulante com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias que antecedam o final da vigência da apólice.



12. **DISTRIBUIÇÃO DOS EXCEDENTES TÉCNICOS**

12.1. **OBJETO:** Fica entendido e concordado que a Seguradora poderá conceder à apólice uma participação em seus resultados técnicos, nos termos das condições definidas a seguir..
12.2. **APURAÇÃO DOS EXCEDENTES:** A distribuição dos excedentes técnicos será realizada após o término da vigência da apólice, desde que a mesma seja renovada nesta Seguradora, e depois de pagas todas as faturas de prêmio do período em apuração e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, sendo vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.
12.3. **DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO CUSTEIO:** No seguro parcial ou totalmente contributário, o excedente técnico a ser distribuído será, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado aos Segurados, sendo certo que a parte do excedente técnico a ser distribuída entre os Segurados poderá ser convertida em benefícios ao grupo segurado, nos termos definidos no Contrato.
12.4. **RECEITAS:** Consideram-se como receitas mínimas para fins de apuração do resultado técnico:
12.4.1. os prêmios líquidos, de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
12.4.2. o estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
12.4.3. recuperação de sinistro de resseguro, até o limite dos prêmios cedidos; e
12.4.4. estorno da reserva de sinistros ocorridos e não avisados, do período de vigência anterior.
12.5. **DESPESAS:** Consideram-se como despesas mínimas para fins de apuração do resultado técnico:
12.5.1. as comissões de corretagem, de administração (pró-labore) e de agenciamento pagas durante o período;
12.5.2. o valor total dos sinistros ocorridos em qualquer época, pagos ou avisados, e ainda não considerados até o fim do período em apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
12.5.3. os saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
12.5.4. prêmios de resseguro cedidos;
12.5.5. as despesas gerais de administração da Seguradora, calculados em uma percentagem dos prêmios recebidos no período de apuração, bem como eventuais despesas extraordinárias com a apólice; e
12.5.6. reserva de sinistros ocorridos e não avisados (IBNR); e
12.5.7. impostos que venham a recair sobre os prêmios e sinistros.
12.6. **ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA:** As receitas, as despesas e o excedente técnico serão atualizados monetariamente pelo IPC-A do IBGE, acumulado nos 12 (doze) meses que antecedem o mês anterior ao da apuração, desde:
12.6.1. a data de pagamento para prêmios e comissões;
12.6.2. a data do aviso à Seguradora para os sinistros;
12.6.3. a data de apuração, para os saldos negativos anteriores;
12.6.4. a data de recebimento do prêmio, para as despesas gerais da Seguradora;
12.6.5. o término do período de apuração determinado no contrato até a data da distribuição do excedente técnico.

13. **OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE**

13.1. Constituem obrigações do Estipulante/Subestipulante:
I - fornecer à Seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
II - manter a Seguradora informada a respeito dos dados cadastrais dos segurados, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em sinistro, de acordo com o definido contratualmente;
III - fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações rela tivas ao contrato de seguro;
IV - discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º da Resolução CNSP nº 107, quando este for de sua responsabilidade;
V - repassar os prêmios à Seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;

VI - repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
VII - discriminar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;
VIII - comunicar, de imediato, à Seguradora, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
IX - dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
X - comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
XI - fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido;
XII - informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da Seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do estipulante/subestipulante;
XIII - deverão ser estabelecidos, em contrato específico firmado entre a Seguradora e o Estipulante/Subestipulante, os deveres de cada parte em relação à contratação do seguro, nos termos desta cláusula.
13.2. É expressamente vedado ao estipulante/subestipulante, nos seguros contributários:
I - cobrar, dos Segurados, quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela Seguradora;
II - rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente, no mínimo, três quartos do grupo segurado;
III - efetuar propaganda e promoção do seguro sem prévia anuência da sociedade seguradora, e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
IV - vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.



14. **PRAZO DE TOLERÂNCIA**

14.1. O não pagamento na data do vencimento de qualquer fatura referente ao prêmio do seguro constitui em mora o Segurado ou o Estipulante/Subestipulante, de acordo com o caso, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

14.1.1. No caso de Seguro custeado total ou parcialmente pelo Segurado, o recolhimento do prêmio pelo Estipulante/Subestipulante, mediante consignação em folha de pagamento, sem o devido repasse à Seguradora, não prejudicará o segurado em nenhuma hipótese, de acordo com o disposto no item 11.5.

14.2. Em havendo faturas não pagas, o recebimento pela Seguradora de qualquer valor referente ao prêmio do Seguro não implicará em novação ou renúncia de direito, permanecendo o segurado em mora desde a data do vencimento da primeira fatura não paga.

14.3. Durante o período de tolerância do Seguro, ou seja, em até 60 (sessenta) dias a contar da data do vencimento da primeira fatura não paga, o segurado e/ou estipulante/subestipulante deverá providenciar o pagamento dos prêmios vencidos para que não ocorra o cancelamento ou a exclusão do segurado, conforme previsto no subitem 14.4.

14.3.1. Haverá cobertura dos sinistros ocorridos durante o período de inadimplência, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

14.4. Caso o Segurado permaneça inadimplente (não tenha efetuado o pagamento) por período superior a 60 (sessenta) dias, a contar da data do vencimento da primeira fatura não paga, este será excluído da apólice.

14.4.1. Se o Estipulante/Subestipulante, no caso de seguros não contributários permanecer inadimplente (não efetuar o pagamento) por período superior a 60 (sessenta) dias, a contar da data do vencimento da primeira fatura não paga, a apólice será cancelada.

14.5. No caso de fracionamento do prêmio, o disposto neste item somente se aplica aos casos em que a utilização da tabela de prazo curto, descrita no subitem 11.3, não resultar em alteração do prazo de vigência da cobertura.

15. CANCELAMENTO DO SEGURO

15.1. O Seguro ficará automaticamente cancelado na hipótese de qualquer fatura referente ao prêmio do seguro não ser paga em até 60 (sessenta) dias a contar do seu vencimento. O seguro não produzirá mais efeitos, direitos

ou obrigações, desde a data do cancelamento cabendo qualquer restituição de prêmios anteriormente pagos, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial.

15.2. A apólice poderá também ser cancelada a qualquer época, por mútuo e expresso consenso entre o Estipulante/Subestipulante e a Seguradora, desde que haja anuência prévia e expressa de ¾ (três quartos) do grupo segurado.

15.3. No caso de cancelamento do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, deverão ser observadas as seguintes disposições:

I- a Seguradora poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido.

II- quando adotado o fracionamento do prêmio, na hipótese de cancelamento a pedido do segurado, a sociedade seguradora reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto disposta no item 11.3.

15.4. A apólice não poderá ser cancelada durante a vigência pela Sociedade Seguradora sob a alegação de alteração da natureza dos riscos.

16. CESSAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

16.1. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada segurado cessa automaticamente, de pleno direito, ao final do prazo de vigência da apólice, salvo se esta for renovada, devendo portanto, o prazo de empréstimo concedido pelo Estipulante/Subestipulante respeitar sempre a vigência/renovação da apólice.

16.2. Se o segurado, seus prepostos ou beneficiários agirem com dolo, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, ocorrerá automaticamente a caducidade do seguro, sem restituição dos prêmios pagos, ficando a sociedade seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

16.2.1. Nos seguros contratados por pessoas jurídicas, o disposto no subitem acima se aplica aos seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, aos beneficiários e aos seus respectivos representantes.

16.3. Respeitado o período correspondente ao prêmio pago e observado o disposto nos itens 11 e 14, a cobertura do segurado principal cessa, ainda:

I - com o desaparecimento do vínculo entre o segurado principal e o estipulante/subestipulante, nos planos coletivos; ou

II - quando o segurado solicitar sua exclusão do seguro ou quando deixar de contribuir com sua parte no prêmio.

17. PERDA DO DIREITO À INDENIZAÇÃO

17.1. O Segurado perderá o direito à indenização, se agravar intencionalmente o risco.

17.2. Se, ainda, o Segurado, seu representante ou seu corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação do cartão proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

17.3. Se a inexatidão, omissão, falsidade ou erro nas declarações constantes da proposta de adesão não resultar de má fé do segurado, a Seguradora, conforme disposto nas Condições Contratuais, poderá:

17.3.1. Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

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

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

17.3.2. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento parcial do capital segurado:

a) Cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido; ou

b) Mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao segurado ou ao beneficiário ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

17.3.3. Na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integr al do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento da



indenização, deduzindo do valor a ser indenizado a diferença de prêmio cabível.

17.4. O Segurado deverá comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovada a má fé.

17.5. A Seguradora, desde que o faça nos 15 (quinze) dias seguintes ao recebimento do aviso de agravação do risco, poderá dar-lhe ciência, por escrito, de sua decisão de cancelar o seguro, ou mediante acordo entre as partes, restringir a cobertura contratada ou cobrar a diferença de prêmio cabível.

17.6. O cancelamento do Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença de prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer.

18. LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS

18.1. Em caso de ocorrência de sinistro, o Segurado ou seus Beneficiários, conforme o caso, deverão comunicá-lo à Seguradora e enviar os documentos mínimos para sua análise e regulação ("Documentação Básica"), definidos para cada garantia nas condições especiais do Seguro e aqui reproduzidas:

18.1.1. **Documento do Segurado em caso de morte natural:**

a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido;
b) cópia autenticada da Certidão de Óbito do Segurado;
c) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
d) declaração Médica Por Doença assinada pelo médico assistente;
e) cópia do prontuário médico hospitalar;
f) cópia dos exames médicos;
g) cópia de Laudos e Exames referentes à patologia que levou o segurado ao óbito;
h) cópia do contrato assumido pelo Segurado com o Estipulante/ Subestipulante;
i) cópia de documento que comprove última prestação quitada relativa ao contrato citado na alínea "h";
j) cópia autenticada e atualizada da Certidão de Casamento do sinistrado com averbação do óbito deste. No caso de companheira, pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 18.9 destas Condições Gerais.

18.1.2. **Documento do Segurado em caso de morte acidental**

a) documentos relacionados no tópico anterior;
b) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
c) cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
d) cópia autenticada do Laudo de Necropsia, se houver;
e) cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado.

18.1.3. Documentos dos Beneficiários, em caso de morte do Segurado, independente da causa:

18.1.3.1. Primeiro Beneficiário: Saldo Devedor

a) cópia do CNPJ da Estipulante/Subestipulante;
b) formulário Autorização de Pagamento de Indenização por meio de crédito - PJ, exclusivamente em Conta Corrente ou Ordem de Pagamento, devidamente preenchido e assinado pelos Procuradores, devendo a firma (assinatura) ser reconhecida;
c) cópia do Contrato Social, cópia da última alteração e também cópia da última consolidação do contrato, quando tratar-se de empresa Ltda;
d) cópia do Estatuto e da ata da eleição da diretoria, quando tratar-se de empresa S/A;
e) cópia do RG/CPF dos representantes da empresa;

18.1.3.2. cópia da Procuração dando poderes ao procurador de receber / assinar documentos dando quitação em nome do estipulante/subestipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador. **Segundo Beneficiário: Saldo Remanescente**

a) termo de responsabilidade devidamente preenchido e assinado pelos Herdeiros Legais do segurado;
b) cópia do RG, CPF e comprovante de residência dos Herdeiros Legais do segurado, conforme definido no item 18.10 das Condições Gerais;
c) cópia autenticada e atualizada da Certidão de casamento com averbação do óbito do segurado;
d) pelo menos 3 documentos que comprovem a união estável na data do evento, conforme definição no subitem 18.9 destas Condições Gerais;
e) formulário de autorização de pagamento através de crédito em conta corrente ou ordem de pagamento.

18.1.4. **Invalidez Permanente Total por Acidente – IPTA**

a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido;
b) cópia autenticada da Declaração Médica por Acidente comprovando a invalidez;
c) exames médicos que estejam relacionados com a lesão/sequela;
d) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
e) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;

f) cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
g) cópia autenticada do Laudo do exame toxicológico e de teor alcoólico, quando realizado;
k) cópia do contrato assumido pelo Segurado com o Estipulante/Subestipulante;
l) cópia de documento que comprove última prestação quitada relativa ao contrato citado na alínea "k".
h) cópia do CNPJ da Estipulante/Subestipulante;
i) comprovante de residência do sinistrado, conforme definido no item 18.10 das Condições Gerais;
j) cópia da Procuração dando poderes ao procurador de receber / assinar documentos dando quitação em nome do estipulante/subestipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador;
k) formulário Autorização de Pagamento de Indenização por meio de crédito - PJ, exclusivamente em Conta Corrente ou Ordem de Pagamento, devidamente preenchido e assinado pelos Procuradores, devendo a firma (assinatura) ser reconhecida.

Na existência de saldo remanescente a ser pago ao segurado, enviar:

* cópia simples do RG, CPF e Comprovante de Residência expedido nos últimos 90 dias a contar da apresentação da documentação do segurado, conforme definido no item 18.10 das Condições Gerais;
* formulário Autorização de Pagamento de Indenização por meio de crédito, exclusivamente, em Conta Corrente ou Ordem de Pagamento, devidamente preenchido e assinado pelo segurado, devendo a firma (assinatura) ser reconhecida.

18.1.5. **Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPD**

a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado e pelo médico assistente. O segurado deverá comunicar à Sociedade Seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante;



b) declaração médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (data do sinistro). Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante definido no item Dos Riscos Cobertos, constantes nas Condições Especiais;
c) comprovante de residência do segurado, conforme definido no item 18.10 das Condições Gerais;
d) cópia do RG e CPF do segurado;
e) relatório do médico assistente do Segurado:
* indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e
* detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autonômicas do Segurado.
f) documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior;
g) cópia da Procuração dando poderes ao procurador de receber / assinar documentos dando quitação em nome do estipulante/subestipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador;
h) formulário Autorização de Pagamento de Indenização por meio de crédito - PJ, exclusivamente em Conta Corrente ou Ordem de Pagamento, devidamente preenchido e assinado pelos Procuradores, devendo a firma (assinatura) ser reconhecida.
Na existência de saldo remanescente a ser pago ao segurado, enviar:
* cópia simples do RG, CPF e Comprovante de Residência expedido nos últimos 90 dias a contar da apresentação da documentação do segurado, conforme definido no item 18.10 das Condições Gerais;
* formulário Autorização de Pagamento de Indenização por meio de crédito, exclusivamente, em Conta Corrente ou Ordem de Pagamento, devidamente preenchido e assinado pelo segurado, devendo a firma (assinatura) ser reconhecida.

18.1.6. **Documentos do Segurado em caso de Desemprego Involuntário**

a) formulário de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante/Subestipulante e Segurado;
b) cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado;
c) cópia autenticada das seguintes páginas da Carteira de Trabalho:
* identificação visual (foto);
* qualificação civil (verso da foto);
* contrato de trabalho, admissão e demissão;
* anterior a da admissão;
* posterior a da demissão;
* que comprove o recebimento do Seguro Desemprego.

Para o recebimento da primeira indenização, a autenticação da cópia da carteira de trabalho deverá ter data superior a 31 (trinta e um) dias da data do desligamento para verificação do cumprimento da franquia.
d) cópia autenticada do termo de rescisão de contrato de trabalho homologado no Tribunal Regional do Trabalho (TRT) ou Sindicato;
e) pelo menos um comprovante de residência do segurado, conforme definido no item 18.10 das Condições Gerais;
f) cópia da GFIP e SEFIP correspondente ao mês anterior ao evento - Somente para Empresarial;
g) cópia da FRE (Ficha de Registro de Empregado) - Somente para Empresarial;
h) cópia do Contra cheque do Segurado no mês do Evento, para os casos em que o capital segurado for múltiplo salarial ou a cobrança dos prêmios for desconto em folha, neste último caso para fins de verificação do último prêmio quitado;
Na existência de saldo remanescente a ser pago ao segurado, enviar:
* cópia simples do RG, CPF e Comprovante de Residência expedido nos últimos 90 dias a contar da apresentação da documentação, do segurado, conforme definido no item 18.10 das Condições Gerais;
* formulário Autorização de Pagamento de Indenização por meio de crédito, exclusivamente, em Conta Corrente ou Ordem de Pagamento, devidamente preenchido e assinado pelo segurado, devendo a firma (assinatura) ser reconhecida.

18.1.7. Documentos do segurado em caso de Incapacidade Física Total Temporária por Doença

a) formulário de aviso para Concessão ou Prorrogação de Benefício de Afastamento – Segurado;
b) formulário de aviso para Concessão ou Prorrogação de Benefício de Afastamento – Médico assistente;
c) cópia da carteira de identidade e CPF do Segurado;
d) relatório médico informando diagnóstico, evolução, tratamento e o tempo de afastamento do trabalho;
e) relatório médico detalhado (original);
f) cópia dos laudos e exames realizados em função da patologia;
g) chapa radiológica (se necessário);
h) cópia do Prontuário Médico;
i) comprovante de residência em nome do sinistrado, conforme definido no item 18.10 das Condições Gerais;
j) documento comprobatório de condição de autônomo: Declaração do contador em formulário DECORE ou declaração de IR;
k) formulário de autorização de crédito em conta corrente ou ordem de pagamento; e
l) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
m) cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
n) cópia do contrato de empréstimo ou outro documento que comprove o valor original do empréstimo ou dívida assumida, contendo data de início e de término.

18.1.8. Documentos do segurado em caso de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente

a) formulário de aviso para Concessão ou Prorrogação de Benefício de Afastamento – Segurado;
b) formulário de aviso para Concessão ou Prorrogação de Benefício de Afastamento – Médico assistente;
c) cópia da carteira de identidade e CPF do Segurado;
d) relatório médico informando diagnóstico, evolução, tratamento e o tempo de afastamento do trabalho;
e) relatório médico detalhado (original);
f) cópia dos laudos e exames realizados em função da patologia;
g) chapa radiológica (se necessário);
h) cópia do Prontuário Médico;
i) comprovante de residência em nome do sinistrado, conforme definido no item 18.10 das Condições Gerais;
j) documento comprobatório de condição de autônomo: Declaração do contador em formulário DECORE ou Declaração de IR;



k) formulário de autorização de crédito em conta corrente ou ordem de pagamento;
l) comunicação de resultado de exame médico.
m) boletim do primeiro atendimento hospitalar (imediatamente após o acidente); e
n) cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
o) cópia autenticada da Carteira Nacional de habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
p) Cópia do contrato de empréstimo ou outro documento que comprove o valor original do empréstimo ou dívida assumida, contendo data de início e de término.ICATU SEGUROS | Condições Gerais Página 14

18.1.9. Documentos do Estipulante/Subestipulante

* cópia do CNPJ da Estipulante/Subestipulante;
* cópia da Procuração dando poderes ao procurador de receber / assinar documentos dando quitação em nome do estipulante/subestipulante, bem como cópia do RG e CPF do procurador;
* formulário Autorização de Pagamento de Indenização por meio de crédito - PJ, exclusivamente em Conta Corrente ou Ordem de Pagamento, devidamente preenchido e assinado pelos Procuradores, devendo a firma (assinatura) ser reconhecida.

18.2. A partir da entrega de toda a Documentação Básica relacionada no subitem 18.1 exigida pela Seguradora, esta terá o prazo de até 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro.
18.3. Caso o prazo máximo de 30 (trinta) dias para a liquidação do sinistro não seja obedecido, ressalvado o disposto no item 18.4 abaixo, incidirão sobre o valor do capital segurado:
18.3.1. Juros moratórios na razão de 1% (um por cento) ao mês "pro rata die" sobre o valor do capital segurado além de multa de 2% (dois por cento), a partir do primeiro dia subsequente ao do término do prazo;
18.3.2. Atualização monetária, desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento da indenização, pela variação positiva do índice de preço determinado na cláusula 10, qual seja o IPC-A, com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data do evento e aquele publicado imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.
18.3.3. 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.
18.4. É facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificável, a adoção de medidas que visem à plena elucidação do sinistro, podendo, inclusive, solicitar outros documentos além daqueles elencados como Documentação Básica para cada cobertura, que julgar necessários à apuração do sinistro. Neste caso, a contagem do prazo para a liquidação será suspensa e voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.
18.5. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.
18.6. No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade, conforme o caso, a Seguradora deverá propor ao segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de junta médica, que será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois médicos nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Seguradora.
18.6.1. O prazo para constituição de junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.
18.7. Os eventuais encargos de tradução necessários à liquidação dos sinistros que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão totalmente a cargo da Seguradora.
18.8. O eventual ressarcimento das despesas efetuadas no exterior será realizado com base no câmbio oficial de venda da data do efetivo pagamento realizado pelo segurado, respeitando-se o limite de cobertura estabelecido, atualizado monetariamente nos termos da legislação específica.
18.9. Documentos que comprovam a União Estável:
2 (dois) dos documentos listados abaixo:
* prova de recebimento de pensão do segurado, paga pelo INSS (Certidão PIS/PASEP/FGTS);
* declaração do IRRF do segurado (referente ao ultimo exercício), em que conste o(a) companheiro(a) como sua dependente;
* anotação constante na Carteira de Trabalho, realizada pelo órgão competente;
* declaração especial perante Tabelião (escritura pública declaratória de dependência econômica) desde que esta seja firmada ainda em vida;
* certidão de Nascimento de filho havido em comum;
* certidão de Casamento religioso; ou

3 (três) dos documentos listados abaixo:
* disposições testamentárias;
* anotação constante de Ficha ou Livro de Registro de Empregados;
* certidão de Casamento religioso;
* conta bancária conjunta - (dos últimos 180 dias);

ICATU SEGUROS | Condições Gerais Página 15
* registro em associação de qualquer natureza, do qual conste o(a) companheiro(a) como dependente do segurado (dos últimos 2 anos);
* ficha de tratamento, em instituição de assistência médica, da qual conste o segurado como responsável - (dos últimos 2 anos);
* comprovante de coabitação, ou seja, comprovante de residência em ambos os nomes no mesmo endereço (dos últimos 90 dias), conforme definido no item 18.10 das Condições Gerais;.

18.10. Documentos que comprovam residência:
* Conta de luz, com prazo máximo de 90 (noventa) dias;
* Conta de água, com prazo máximo de 90 (noventa) dias;
* Conta de gás, com prazo máximo de 90 (noventa) dias; ou;
* Conta de telefone fixo, com prazo máximo de 90 (noventa) dias.

19. FORMAS DE PAGAMENTO DAS INDENIZAÇÕES

19.1. As indenizações serão pagas sob a forma de pagamento único. Após o pagamento da indenização de qualquer uma das garantias contratadas, exceto para as coberturas de Perda Involuntária de Emprego e Incapacidade Física Total Temporária, o Segurado será automaticamente excluído da apólice.

20. BENEFICIÁRIOS

20.1. O primeiro Beneficiário será o próprio Estipulante/Subestipulante, até o número de prestações futuras do contrato assumido pelo Segurado.



20.2. O segundo Beneficiário será designado pelo Segurado na Proposta de Adesão, podendo ser substituído a qualquer tempo, mediante solicitação formal assinada pelo próprio Segurado, para recebimento de eventual diferença, quando for o caso, apurada entre o valor do Capital Segurado vigente na data do pagamento do sinistro e o total das prestações futuras do contrato assumido pelo Segurado a ser pago ao Estipulante/Subestipulante, conforme estabelecido nas condições contratuais.
20.3. Os Beneficiários designados pelo Segurado poderão ser substituídos a qualquer tempo, mediante solicitação formal assinada pelo próprio Segurado.
20.4. Na falta da indicação de beneficiário(s), ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade cônjuge/companheiro(a) não separado judicialmente e a outra metade aos herdeiros do segurado, conforme determinado pela legislação vigente à época.
20.5. No caso de Invalidez Permanente Total por Acidente, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença ou Perda Involuntária de Emprego, o segundo Beneficiário será sempre o próprio Segurado.

21. REGIME FINANCEIRO
21.1. Devido a natureza do regime financeiro de repartição simples, este plano não permite concessão de resgate, saldamento ou devolução de quaisquer prêmios pagos, uma vez que cada prêmio é destinado a custear o risco de pagamento das indenizações do período.

22. MODIFICAÇÃO DA APÓLICE
22.1. Qualquer modificação da apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os segurados ou ainda na redução de seus direitos, dependerá de anuência expressa dos Segurados que representem, no mínimo, ¾ (três quartos) do Grupo Segurado.
22.2. A alteração do seguro somente poderá ser feita mediante aditivo assinado pelo Estipulante/Subestipulante, seu representante ou por corretor de seguros habilitado.

23. TRIBUTOS
23.1. Fica entendido e acordado que os tributos que incidam ou venham a incidir sobre o Prêmio ou sobre a Indenização correrão por conta do contribuinte conforme determinado pela legislação aplicável.

24. PRESCRIÇÃO
24.1. Os prazos prescricionais são aqueles determinados em lei.

25. FORO
25.1. Fica eleito o foro da comarca do domicílio do Segurado ou beneficiário, conforme o caso, para dirimir toda e qualquer dúvida proveniente direta ou indiretamente deste seguro.
25.1.1. Na hipótese de inexistência da relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no caput desta cláusula.

SEGURO COLETIVO DE PESSOAS REMISSIVO – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE MORTE NATURAL OU ACIDENTAL

1. **OBJETIVO**
1.1. É a garantia do pagamento de uma indenização ao Beneficiário, caso o Segurado venha a falecer por causas naturais ou acidentais, durante a vigência deste seguro.
1.2. Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da Seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se que:
*** incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado; e**
*** não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.**

2. **CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO**
2.1. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data do falecimento.

3. **PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**
3.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 18 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

4. **RATIFICAÇÃO**
4.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.



SEGURO COLETIVO DE PESSOAS REMISSIVO – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE

1. **OBJETIVO**
1.1. As presentes Condições Especiais têm como objetivo pagar uma indenização ao Beneficiário, em caso de invalidez total e permanente do Segurado, causada por acidente pessoal coberto e ocorrida durante a vigência do seguro, relativa à:
a) perda total da visão de ambos os olhos;
b) perda total do uso de ambos os membros superiores;
c) perda total do uso de ambos os membros inferiores;
d) perda total do uso de ambas as mãos;
e) perda total do uso de um membro superior e um membro inferior;
f) perda total do uso de uma das mãos e um dos pés;
g) perda total do uso de ambos os pés;
h) alienação mental total e incurável.
1.2. Após a conclusão do tratamento ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação e verificada a existência de invalidez permanente total avaliada quando da alta médica definitiva, a Seguradora pagará ao Beneficiário a indenização devida.
1.3. A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por invalidez permanente.
1.4. As indenizações da garantia de Morte, qualquer que seja a causa, e a garantia de Invalidez Total e Permanente por Acidente não se acumulam. Se, depois de paga uma indenização por Invalidez Permanente por Acidente, verificar-se a morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por morte deve ser deduzida a importância já paga por invalidez permanente.

2. **CAPITAL SEGURADO**
2.1. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data do acidente.
2.2. A reintegração do capital segurado relativo à cobertura de PTA é automática após cada acidente.

3. **RISCOS EXCLUÍDOS**
3.1. Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos:
3.2. Os acidentes ocorridos em consequência:
a) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
b) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar.
3.3. as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal.

4. **PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**
4.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 18 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

5. **DISPOSIÇÕES GERAIS**
5.1. Serão garantidos todos os direitos do segurado às demais coberturas conforme estabelecido nas Condições Gerais do Seguro, desde que continue efetuando o pagamento integral do prêmio referente às demais coberturas.
5.2. Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Gerais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.

SEGURO COLETIVO DE PESSOAS REMISSIVO – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1. **OBJETIVO**
1.1. Esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado, **desde que este o requeira**, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura básica de Morte, em caso de sua Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, consequente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no item **Riscos Cobertos, destas Condições, exceto se decorrente de Riscos Excluídos e observadas as disposições do item Cancelamento do Seguro e as constantes das Condições Contratuais.**

2. **DEFINIÇÕES**
2.1. **Agravo Mórbido:** Piora de uma doença.
2.2. **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.
2.3. **Aparelho Locomotor:** Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
2.4. **Atividade Laborativa:** Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.
2.5. **Auxílio:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
2.6. **Ato Médico:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
2.7. **Cardiopatia Grave:** Doença do coração assim classificada segundo



os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
2.8. **Cognição:** Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
2.9. **Conectividade com a Vida:** Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.
2.10. **Consumpção:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
2.11. **Dados Antropométricos:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
2.12. **Deambular:** Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
2.13. **Declaração Médica:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
2.14. **Deficiência Visual:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
2.15. **Disfunção Imunológica:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.
2.16. **Doença Crônica:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
2.17. **Doença Crônica em Atividade:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.
2.18. **Doença Crônica de Caráter Progressivo:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
2.19. **Doença em Estágio Terminal:** Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
2.20. **Doença Neoplásica Maligna Ativa:** Crescimento celular desorde nado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
2.21. **Doença Profissional:** Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
2.22. **Estados Conexos:** Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.

2.23. **Etiologia:** Causa de cada doença.
2.24. **Fatores de Risco e Morbidade:** Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
2.25. **Hígido:** Saudável.
2.26. **Médico Assistente:** Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
2.27. **Prognóstico:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
2.28. **Quadro Clínico:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
2.29. **Recidiva:** Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
2.30. **Refratariedade Terapêutica:** Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
2.31. **Relações Existenciais:** Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
2.32. **Sentido de Orientação:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, com o meio ambiente externo que o cerca.
2.33. **Sequela:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
2.34. **Transferência Corporal:** Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

3. **COBERTURA**

3.1. 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 Autonômicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item 18 - Liquidação do Sinistro das Condições Gerais.

4. **RISCOS COBERTOS**
4.1. Considera-se como Riscos Cobertos a ocorrência comprovada - segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada - de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, **provenientes exclusivamente de doença:**
a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao controle clínico;
c) Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico;
d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), **única e exclusivamente em decorrência de doença;**
e) Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
g) Deficiência visual, **decorrente de doença:**
h) Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
i) Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
j) Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou
k) Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores
l) Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.
m) Estados mórbidos, **decorrentes de doença**, a seguir relacionados:
* Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
* Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
* Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.



5. **DEMAIS RISCOS COBERTOS**
5.1. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Anexo) atinjam a marca mínima exigida de 60 (sessenta) pontos, em um total de 80 (oitenta) pontos previstos como possíveis.
5.1.1. O IAIF é composto por dois documentos. O primeiro (Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).
5.1.2. O 1° Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. O quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.
5.1.3. Para a classificação no 2° ou no 3° Grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
5.1.4. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.
5.2. O segundo documento (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.
5.2.1. Os itens da tabela deverão ser pontuados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

6. RISCOS EXCLUÍDOS
6.1. Além dos riscos mencionados no item Dos Riscos Excluídos, constante das Condições Gerais, consideram-se também como Riscos Excluídos, ainda que redundando em Quadro Clínico Incapacitante que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autonômicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:
a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
b) os quadros clínicos decorrentes de doenças profissionais, entendidas como sendo aquelas onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional, salvo quando previsto o contrário nas Condições Particulares;
c) a doença cuja evolução natural tenha sido agravada por traumatismo.

7. **DATA DO SINISTRO**
7.1. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será a indicada na Declaração Médica.
7.2. A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.
7.3. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data indicada conforme subitens 7.1 e 7.2.

8. **NÃO RECONHECIMENTO DA INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA**
8.1. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza, por si só, Quadro Clínico Incapacitante que comprove a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença.
8.2. A Sociedade 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.

9. **DESPESAS DE COMPROVAÇÃO**
9.1. As despesas efetuadas com a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença são de responsabilidade do próprio Segurado, salvo aquelas realizadas diretamente pela Sociedade Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Sociedade Seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

10. **FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO**
ICATU SEGUROS | Condições Gerais Página 22
10.1. Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pela Seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único, conforme itens 19 e 20 das Condições Gerais, conforme acordado pelas partes contratantes e estabelecido nas Condições Contratuais.

11. **CANCELAMENTO DO SEGURO**
11.1. Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da básica (morte), seu pagamento extingue, imediata e automaticamente, a cobertura para o caso de morte, bem como o presente seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do Capital Segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.
11.2. Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Contratuais, sem qualquer devolução de prêmios.

12. **PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**
12.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 18 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

13. **RATIFICAÇÃO**
13.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.



ANEXO À CLÁUSULA ADICIONAL DA COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA
INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF
DOCUMENTO 1
TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	1º GRAU: O SEGURADO MANTÉM SUAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS COM CAPACIDADE DE COMPREENSÃO E COMUNICAÇÃO; DEAMBULA LIVREMENTE; SAI À RUA SOZINHO E SEM AUXÍLIO; ESTÁ CAPACITADO A DIRIGIR VEÍCULOS AUTOMOTORES; MANTÉM SUAS ATIVIDADES DA VIDA CIVIL, PRESERVANDO O PENSAMENTO, A MEMÓRIA E O JUÍZO DE VALOR.	00
	2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.	10
	3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1° 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
	2° 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
	3° GRAU: O SEGURADO APRESENTA QUADRO CLÍNICO ANORMAL, EVOLUTIVAMENTE AVANÇADO, DESCOMPENSADO OU INSTÁVEL, CURSANDO COM DISFUNÇÕES E OU INSUFICIÊNCIAS EM ÓRGÃOS VITAIS, QUE SE ENCONTRE EM ESTÁGIO QUE DEMANDE SUPORTE MÉDICO MANTIDO (CONTROLADO), QUE ACARRETE RESTRIÇÃO AMPLA A ESFORÇOS FÍSICOS E QUE COMPROMETA A VIDA COTIDIANA, MESMO QUE COM INTERAÇÃO DE AUXÍLIO HUMANO E OU TÉCNICO.	20



ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	1° GRAU: O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.	00
	2° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO PARA TROCAR DE ROUPA; ENTRAR E SAIR DO CHUVEIRO; PARA REALIZAR ATOS DE HIGIENE E DE ASSEIO PESSOAL; PARA MANTER SUAS NECESSIDADES ALIMENTARES (MISTURAR OU CORTAR O ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E TALHERES).	10
	3° GRAU: O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.	20

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

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



SEGURO COLETIVO DE PESSOAS REMISSIVO – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE PERDA INVOLUNTÁRIA DE EMPREGO

1. **OBJETIVO**
1.1. As presentes Condições Especiais têm como objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Beneficiário, que consiste na quitação de parcelas vincendas do compromisso financeiro assumido com o Estipulante/Subestipulante, conforme definido nas condições contratuais, em caso de perda involuntária de emprego durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos.

2. **GARANTIA**
2.1. Perda Involuntária de Emprego: como "perda involuntária de emprego" entende-se o segurado que ficar desempregado involuntariamente e que a demissão não tenha sido por justa causa, e que fique sem receber nenhuma remuneração pela prestação de um trabalho pessoal para outro empregador.
2.2. Elegibilidade: serão elegíveis todas as pessoas físicas que possuam vínculo com o estipulante/subestipulante e que possuam vínculo empregatício, com carteira de trabalho assinada em conformidade com a Consolidação das Leis do Trabalho, comprovando um período mínimo de 12 (doze) meses de trabalho ininterrupto para um mesmo empregador ou, se por mais de um empregador, comprovar que o período de inatividade nos últimos 12 (doze) meses não tenha sido superior ao período máximo estabelecido nas condições contratuais do seguro, limitado ao máximo de 30 (trinta) dias.
2.3. O segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Perda Involuntária de Emprego para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo estipulante/subestipulante. Na ocorrência desse fato, a Seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

3. **RISCOS EXCLUÍDOS**
3.1. Além dos riscos mencionados no item Dos Riscos Excluídos, constante das Condições Gerais, estão ainda expressamente excluídos da garantia especial:
*** Demissão por justa causa;**
*** Demissão voluntária;**
*** Aposentadoria;**
*** Programas de Demissão Voluntária ou Negociada, incentivados pelo empregador do Segurado;**
*** Campanhas de demissões em massa. Considera-se "demissão em massa" o caso de empresas que demitam mais de 10% (dez por cento) de seu quadro de pessoal no mesmo mês;**
*** Estágios e contratos de trabalho temporário em geral;**
*** Aqueles que se encontrarem em aviso prévio na data da inclusão no seguro;**
*** Demissões ocorridas durante o período de carência estabelecido nas Condições Contratuais;**
*** Funcionários que tenham cargo de eleição pública e que não forem regidos pela CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), incluindo-se assessores e outros de nomeação em Diário Oficial;**
*** Perda de um único vínculo empregatício, quando houver mais do que um no mesmo período.**

4. **ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**
4.1. A garantia prevista nas presentes condições especiais aplica-se para eventos cobertos ocorridos no território nacional.

5. **CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO**
5.1. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data do desligamento do segurado.

6. **FRANQUIA**
6.1. O Segurado somente terá direito a esta Cobertura se permanecer desempregado por prazo superior a 30 (trinta) dias, consecutivos e ininterruptos, a contar da data do evento coberto (desemprego).

7. **PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**
ICATU SEGUROS | Condições Gerais Página 26
7.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 18 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.
7.2. A necessidade e a periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo segurado serão determinadas em condições contratuais e têm a finalidade de comprovar o estado de desemprego, para continuidade do processo de indenização.

8. **RATIFICAÇÃO**
8.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.



SEGURO COLETIVO DE PESSOAS REMISSIVO – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA COBERTURA DE INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL TEMPORÁRIA

1. OBJETIVO

1.1. As presentes Condições Especiais têm como objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao Beneficiário, que consiste na quitação de parcelas vincendas do compromisso financeiro assumido com o Estipulante/Subestipulante, conforme definido nas condições contratuais, em caso de Incapacidade Física Total Temporária por Doença ou Acidente durante a vigência do seguro, observando-se os riscos excluídos.

2. **GARANTIA**

2.1. Incapacidade Física Total Temporária: Considera-se como "incapacidade física total temporária" aquela, motivada por acidente ou doença, sendo caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta de o segurado exercer qualquer atividade relativa à sua profissão ou ocupação, durante o período em que se encontrar sobre tratamento médico.
2.2. Elegibilidade: São elegíveis as pessoa físicas que sejam profissionais liberais ou autônomos que possuam comprovação de renda e atividade.
2.2.1. Caso o segurado venha se tornar total e permanentemente inválido, seja por acidente ou doença, ficará automaticamente extinta a cobertura.
2.2.2. Deverá haver um intervalo mínimo de 6 (seis) meses entre um evento de incapacidade física temporária e outro.
2.3. O segurado não poderá estar coberto por mais de um certificado de Incapacidade Física Total Temporária para o pagamento de um mesmo compromisso financeiro para um mesmo estipulante/subestipulante. Na ocorrência desse fato, a seguradora considerará como certificado válido aquele que tiver emissão mais antiga.

3. **RISCOS EXCLUÍDOS**

3.1. Estão expressamente excluídos os afastamentos decorrentes de:
a) Alterações psíquicas e mentais, compreendidas entre elas as consequentes ao uso/consumo de álcool e seus derivados, drogas ilícitas e seus derivados, drogas medicamentosas psicoativas ou psicoestimulantes ou substâncias entorpecentes;
b) Ceratotomia radial e demais condutas refrativas, mesmo que de correntes de acidentes pessoais;
c) Cirurgias plásticas em geral, salvo as restauradoras de função orgânica e as resultantes de acidentes ocorridos na vigência do seguro, que requeiram reparação anatômica e as demais reconstrutoras inseridas como coadjuvante dos tratamentos cirúrgicos das neoplasias malignas;
d) Cirurgias plásticas redutoras de qualquer espécie e as demais para colocação, retirada ou reposição de qualquer prótese;
e) Tratamentos clínicos ou cirúrgicos com a finalidade estética, embelezadora, cosmética ou social e ainda aqueles relacionados aos métodos de manutenção/alteração voluntários da anatomia corporal, com ou sem finalidade de rejuvenescimento, mesmo que haja indicação médica paralela, exceto nas condições previstas no item anterior, quando necessários à restauração/reparação/reconstrução da função de algum órgão ou membro, alterada em razão de evento ocorrido na vigência do Seguro;
f) Tratamentos clínicos, cirúrgicos ou por qualquer método considerados não éticos, assim como, aqueles não reconhecidos pelos órgãos de fiscalização e normatização da medicina no País, incluindo-se os experimentais, os não referendados e os demais liberados sob quaisquer ressalvas restritivas;
g) Quaisquer tratamentos e suas consequências, em qualquer tempo, para emagrecimento mesmo que para obesidade mórbida;
h) Tratamentos para senilidade e outras manifestações senis, repouso, convalescença física e/ou psíquica, qualquer que seja a origem, mesmo com indicação médica;
i) Tratamentos odontológicos e buco-maxilo-faciais de qualquer espécie, origem ou indicação, mesmo que, em consequência de acidente pessoal;
j) Infecções oportunistas, condições infecciosas recidivantes e doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória, inclusive a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) e suas consequências.
k) Epidemias e endemias declaradas por órgão competente, assim como suas decorrências;
ICATU SEGUROS | Condições Gerais Página 28
l) Eventos decorrentes de doenças e ou acidentes pessoais ocorridos antes do início de vigência do risco individual ou durante o período de carência estabelecido nas Condições Contratuais.
m) Eventos, ainda que cobertos, mas compreendidos no período de franquia estabelecido nas Condições Particulares;
n) Tratamentos e suas consequências em qualquer tempo, destinados a correção de infertilidade, esterilidade, impotência, assim como, aqueles destinados à anticoncepção, métodos contraceptivos e inseminação artificial, incluindo a realização de métodos diagnósticos invasivos à quaisquer das questões aqui relacionadas;
o) Doenças ocupacionais incluindo as profissionais e as doenças do trabalho, abrangendo todas aquelas situações clínicas que tenham histórico médico anterior relacionado a condições onde haja/tenha havido, em qualquer tempo pregresso, nexo causal positivo com a atividade profissional, inclusive quaisquer condições enquadradas sob a sigla LER–DORT–LTC (Lesão por Esforço Repetitivo – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho – Lesões por Traumas Cumulativos).

4. **ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA**

4.1. A garantia prevista nas presentes condições especiais aplica-se para eventos cobertos ocorridos no território nacional.

5. **CAPITAL SEGURADO E PRÊMIO**

5.1. Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data em que for constatada a incapacidade.

6. **FRANQUIA**

6.1. O Segurado somente terá direito a esta Cobertura se permanecer incapacitado por prazo superior a 15 (quinze) dias, a contar da data do evento coberto (incapacidade física).

7. **PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

7.1. A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 18 – Liquidação de Sinistros, constante das Condições Gerais.



7.2. A necessidade e a periodicidade em que as informações deverão ser atualizadas pelo segurado serão determinadas em condições contratuais e têm a finalidade de comprovar o estado de incapacidade física temporária, para continuidade do processo de indenização.

8. **RATIFICAÇÃO**
8.1. Ratificam-se as disposições constantes das Condições Gerais desta Apólice que não foram modificadas por estas Condições Especiais.

SEGURO COLETIVO DE PESSOAS REMISSIVO – CONDIÇÕES ESPECIAIS DA GARANTIA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE

1. **OBJETIVO**
1.1 As presentes Condições Especiais têm como objetivo indenizar o(s) Beneficiário(s) até o valor da Capital Segurado contratado, em caso de morte do Segurado por acidente pessoal coberto.

2. **CAPITAL SEGURADO**
2.1 Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerado como data do evento, a data do acidente.

3. **RISCOS EXCLUÍDOS**
3.1 Além dos riscos mencionados nas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos os acidentes ocorridos em consequência:
a) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
b) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se tratar de ato de humanidade em auxílio de outrem ou da prestação de serviço militar.
3.2 as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente pessoal.

4. **PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**
4.1 A ocorrência do sinistro será comprovada mediante apresentação dos documentos listados no item 18 – Liquidação de Sinistros das Condições Gerais.

5. **DISPOSIÇÕES GERAIS**
5.1 Ratificam-se as demais disposições constantes das Condições Gerais da Apólice que não foram revogadas por estas Condições Especiais.