

Condições Gerais

Seguro Coletivos de Pessoas - Prestamista

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL
POR DOENÇA - IFPD

Dezembro/2008

SulAmérica

associada ao **ING** 

Índice

1. Do objetivo do seguro	05
2. Das definições	05
3. Do âmbito geográfico	08
4. Do risco coberto	08
5. Dos riscos excluídos	09
6. Da Aceitação, da Contratação e da Adesão	10
7. Da Vigência	11
8. Da Renovação da Apólice	12
9. Do Capital Segurado	12
10. Da Atualização Monetária	12
11. Do Custeio da Apólice	13
12. Da Taxa do Seguro	13
13. Da Revisão da Taxa do Seguro	14
14. Do Pagamento da Indenização	15
15. Da Perda de Direitos	16
16. Do Cancelamento da Apólice ou do Certificado Individual ou do Risco Coberto..	17
17. Das Obrigações do Estipulante	18
18. Do Material de Divulgação	19
19. Da Transferência de Direitos	19
20. Do Foro	19
21. Das Disposições Gerais	19

Anexo - Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF

Condições gerais do seguro de pessoas - Prestamista

Cláusula 1. Do Objetivo do Seguro

- 1.1. A Sul América Seguros de Vida e Previdência S.A. (a "Seguradora") obriga-se a garantir o interesse legítimo do Segurado na hipótese da ocorrência da invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a Perda da Existência Independente deste, nos termos das Condições Contratuais e observado o disposto na Cláusula 5 abaixo.**
- 1.2.** O seguro ora contratado foi estruturado no Regime Financeiro de Repartição Simples, cuja natureza técnica não permite a constituição de provisões matemáticas passíveis de serem resgatadas ou devolvidas, posto que os Prêmios pagos destinam-se ao custeio das despesas de administração e de comercialização e ao pagamento de Indenizações.

Cláusula 2. Das Definições

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

- 2.1. Aceitação** - aceitação, por parte da Seguradora, da Proposta de Contratação e/ou a Proposta de Adesão.
- 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. Apólice** - documento emitido pela Seguradora, formalizando a Aceitação.
- 2.5. Beneficiário** - o Estipulante é o primeiro Beneficiário e, em caso de Sinistro, receberá a Indenização da cobertura de invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a Perda da Existência Independente até o valor da dívida ou do compromisso do Segurado, limitado ao valor do Capital Segurado. O Capital Segurado remanescente da cobertura de invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a Perda da Existência Independente, se houver, será pago ao Segurado.
- 2.6. Atividade Laborativa** - qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
- 2.7. Auxílio** - ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 2.8. Cancelamento da Apólice ou do Certificado Individual** - ato pelo qual a Apólice e/ou o Certificado Individual são cancelados antes do término de suas Vigências.
- 2.9. Cardiopatia Grave** - Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do "Consenso Nacional de Cardiopatia Grave, volume 61, de 1993" e a "II Diretriz Brasileira de Cardiopatia Grave, volume 87, nº. 2, de agosto de 2006", ambos publicados pela Sociedade Brasileira de Cardiologia.
- 2.10. Capital Segurado** - valor máximo garantido pela Seguradora que servirá de base para pagamento de eventual sinistro.
- 2.11. Carregamento** - importância destinada a atender os custos administrativos e de comercialização da Apólice.
- 2.12. Cognição** - conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.
- 2.13. Certificado Individual** - documento emitido pela Seguradora que formaliza a Aceitação do Proponente como Segurado na Apólice, quando da sua inclusão, da renovação da Apólice ou da alteração do valor do Capital Segurado e/ou do Prêmio.

- 2.14. Condições Contratuais** - conjunto de disposições que regem esta contratação, incluindo aquelas constantes da Proposta de Contratação e de Adesão, destas Condições Gerais, das Condições Especiais e Particulares, se houver, do Contrato, da Apólice e do Certificado Individual.
- 2.15. Condições Gerais** - conjunto de cláusulas contratuais que estabelecem as obrigações e os direitos do Estipulante, do Segurado e da Seguradora.
- 2.16. Condições Especiais** - conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de garantias relacionadas ao seguro contratado.
- 2.17. Conectividade com a Vida/Conectividade do Segurado com a Vida** - capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- 2.18. Consumpção** - definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 2.19. Contrato** - instrumento firmado entre o Estipulante e a Seguradora, estabelecendo as cláusulas que complementam estas Condições Gerais, sem alterar as obrigações e direitos aqui assumidos.
- 2.20. Dados Antropométricos** - peso e altura do Segurado.
- 2.21. Deficiência Visual** - qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 2.22. Disfunção Imunológica** - incapacidade de o corpo prover uma resposta imunológica normal às Doenças que o acometem, podendo a disfunção ser genética ou adquirida em virtude de Doença.
- 2.23. Doença** - para efeitos deste Seguro considera-se Doença como o conjunto característico de sinais e sintomas, decorrentes da falta de capacidade de função de um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste e desde que se configure como uma das patologias mencionadas no item 4.2.1 destas Condições Gerais.
- 2.24. Doença Crônica em Atividade** - Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que se mantém ativa apesar do tratamento.
- 2.25. Doença Crônica de Caráter Progressivo** - Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado e que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 2.26. Doença Terminal** - Doença em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o doente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo Médico Assistente.
- 2.27. Doença Neoplásica Maligna Ativa** - crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação, sendo conhecidos como cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 2.28. Doença Profissional** - Aquela onde a causa determinante seja o exercício peculiar a alguma atividade profissional.
- 2.29. Declaração Pessoal de Saúde e Atividade** - documento no qual o Proponente fornece, para análise da Seguradora, informações sobre sua saúde e atividade, assinando-o e responsabilizando-se pela veracidade das informações prestadas.
- 2.30. Doença ou Lesão Preexistente** - lesão ou conjunto característico de sinais e sintomas, decorrentes da falta de capacidade de função de um membro, órgão ou sistema, total ou parcial, em comparação ao funcionamento normal deste, que o Proponente saiba ser portador ou sofredor no momento da adesão.
- 2.31. Estados Conexos** - o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 2.32. Estado Mórbido** - piora de uma Doença.
- 2.33. Estipulante ou Subestipulante** - pessoa jurídica que contrata Apólice, em favor de grupo que a ela previamente se vincule, ficando investida dos poderes de representação deste grupo, nos termos da legislação e regulamentação em vigor, sendo que o Subestipulante deve ser previamente vinculado ao Estipulante.
- 2.34. Etiologia** - causa da Doença.

- 2.35. Fatores de Risco e Morbidade** - aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma Doença, ou que com ela interage.
- 2.36. Grupo Segurado** - pessoas físicas pertencentes ao Grupo Segurável, aceitas pela Seguradora e incluídas na Apólice.
- 2.37. Grupo Segurável** - pessoas físicas que assumirem compromissos financeiros junto ao Estipulante ou Subestipulante e que preencham os requisitos mencionados nestas Condições Gerais para aderir à Apólice.
- 2.38. Hígido** - saudável.
- 2.39. Indenização** - valor a ser pago pela Seguradora quando da ocorrência do Sinistro, ao Beneficiário, limitado ao Capital Segurado do Segurado inválido.
- 2.40. Médico Assistente** - Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 2.41. Perda da Existência Independente** - ocorrência de Quadro Clínico incapacitante decorrente de Doença que inviabilize, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autônomicas do Segurado, o qual deverá ser comprovado por meio dos parâmetros e documentos especificados na Cláusula 14 abaixo.
- 2.42. Prêmio** - valor correspondente a cada um dos pagamentos realizados à Seguradora e destinados ao custeio da Apólice.
- 2.43. Prognóstico** - juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma Doença.
- 2.44. Proponente** - pessoa física pertencente ao Grupo Segurável interessada em aderir à Apólice.
- 2.45. Proposta de Adesão** - documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, a ser preenchido e assinado pelo Proponente, que expressa a intenção de aderir à Apólice, manifestando pleno conhecimento das Condições Contratuais.
- 2.46. Proposta de Contratação** - documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, no qual a pessoa jurídica expressa a intenção de contratar a Apólice para grupo que a ela se vincule.
- 2.47. Quadro Clínico** - conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 2.48. Recidiva** - reaparecimento de uma Doença algum tempo depois de um acometimento.
- 2.49. Refratariedade Terapêutica** - incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 2.50. Relações Existenciais** - relações que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de Conectividade com a Vida.
- 2.51. Riscos Excluídos** - são os riscos previstos nestas Condições Gerais e/ou nas Condições Especiais, que não serão cobertos por este seguro.
- 2.52. Risco Coberto** - invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a Perda da Existência Independente do Segurado ocorrida na Vigência da Apólice e/ou Certificado Individual.
- 2.53. Segurado** - Proponente aceito pela Seguradora, podendo figurar sozinho ou com outro Segurado, conforme disposto no contrato com o Estipulante.
- 2.54. Sentido de Orientação** - faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer Auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 2.55. Seqüela** - qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma Doença.
- 2.56. Sinistro** - a ocorrência do Risco Coberto durante a Vigência da Apólice e/ou do Certificado Individual.
- 2.57. Transferência Corporal** - capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer Auxílio.

2.58. Taxa do Seguro - é o resultado do cálculo constante da tarifa elaborada pela Seguradora que determinará o valor do Prêmio, podendo ser fixada da modalidade "faixa etária" ou "taxa média".

2.59. Vigência - período mencionado na Apólice e/ou no Certificado Individual durante o qual o Risco Coberto estará garantido pela Seguradora.

Cláusula 3. Do Âmbito Geográfico

Não há qualquer restrição geográfica.

Cláusula 4. Do Risco Coberto

4.1. O Risco Coberto assegurado, em caso de invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a Perda da Existência Independente na Vigência da Apólice e/ou do Certificado Individual, é o pagamento das prestações ao Estipulante para amortizar dívida contraída ou para atender a compromisso assumido pelo Segurado, limitado ao Capital Segurado.

4.1.1. Se houver Capital Segurado remanescente, após o pagamento da Indenização ao primeiro Beneficiário, a Seguradora pagará tal capital ao Segurado.

4.2. Por se tratar de um seguro coletivo, para que o Risco Coberto seja assegurado o Grupo Segurável será formado pelas pessoas que assumirem compromissos financeiros junto ao Estipulante e se enquadrarem nas características determinadas no Contrato.

4.3. O Risco Coberto, observado o disposto na Cláusula 5 abaixo, as disposições das Condições Contratuais e a Vigência da Apólice e/ou do Certificado Individual, garantem ao Beneficiário o pagamento da Indenização.

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

- a) Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave";
- b) Doenças neoplásicas malignas ativas, sem 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 e, conseqüentemente, sua consumpção, sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) Doenças manifestadas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) Deficiência visual **decorrente de doença proveniente de:**
 - (i) cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - (ii) baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
 - (iii) casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou

- (iv) ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.
- h) Estados mórbidos **decorrentes de doença** que acarretem:
 - (i) perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros; ou
 - (ii) perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés; ou
 - (iii) perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.
- i) Doença em estágio terminal, diagnosticada por médico assistente habilitado durante a Vigência do Contrato.

4.3.2. Outros Quadros Clínicos Incapacitantes poderão ser reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, quando avaliados por meio do Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional - IAIF (Anexo I), atinjam, no mínimo, 60 (sessenta) pontos, de um total de 80 (oitenta) pontos possíveis.

4.3.2.1. O IAIF é composto por dois documentos:

- a) Tabela de Relações Existenciais, Condições Médicas e Estruturais e de Estados Conexos, a qual avalia, por meio de escalas com 3 (três) graduações cada, as condições médicas e de conectividade do Segurado com a vida, as quais são denominados Atributos e avaliados conforme abaixo:
 - (i) o 1º grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto, considerando que o quadro clínico será classificado neste grau apenas quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas; e
 - (ii) para a classificação no 2º ou no 3º grau, basta que ocorra uma das situações ali descritas.
- b) Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e Morbidade, a qual mensura as evidências médicas positivas de cada uma das situações ali previstas.

4.3.2.2. Todos os atributos constantes do Anexo serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados, devendo os itens ser pontuados sempre que houver o reconhecimento da situação descrita.

4.4. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência social, assim como por órgãos do poder público e por outras instituições público-privadas, não caracteriza por si só Quadro Clínico Incapacitante que comprove a invalidez funcional permanente e total por Doença para efeitos destas Condições Gerais.

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

Cláusula 5. Dos Riscos Excluídos

5.1. A Seguradora não garante o pagamento da Indenização caso a invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente de Doença e que cause a Perda da Existência Independente do Segurado ocorrida na Vigência do Certificado Individual e/ou da Apólice ocorra por consequência, direta ou indireta, de:

- a) atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública ou delas decorrentes;
- b) uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear, provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- c) Doença ou Lesão Preexistente que não tenham sido declaradas na Proposta de Adesão e na Declaração Pessoal de Saúde e Atividade;

- d) tentativa de suicídio, caso este ocorra nos 2 (dois) primeiros anos de Vigência do Certificado Individual ou do aumento do Capital Segurado no que diz respeito à parcela do Capital Segurado que foi aumentada;
 - e) atos ilícitos dolosos do Segurado ou do seu representante;
 - f) uso ocasional ou habitual de álcool, de drogas, de entorpecentes, de produtos químicos, de substâncias tóxicas ou de medicamentos, desde que não prescritos por médico;
 - g) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas ou quaisquer outras catástrofes da natureza;
 - h) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, observado o disposto no item 5.2 abaixo;
 - i) parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo quando provocadas ou decorrentes de Acidente;
 - j) turbações ou intoxicações alimentares de qualquer espécie;
 - k) ato terrorista ou assemelhado, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, acompanhada de laudo circunstanciado que caracterize a natureza do atentado, independente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública por autoridade pública competente;
 - l) de lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos - LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho - DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo;
 - m) 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;
 - n) quadros clínicos decorrentes de Doenças ocupacionais, incluídas as Doenças Profissionais;
 - o) doenças agravadas por traumatismos;
 - p) perda de dentes ou danos estéticos;
 - q) intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de Acidente;
 - r) de choque anafilático e suas conseqüências; e
 - s) de hérnia da coluna vertebral e suas conseqüências.
- 5.2. Não se considera Risco Excluído a invalidez funcional permanente e total do Segurado, decorrente de Doença e que cause a Perda da Existência Independente de Segurado durante a Vigência da Apólice e do Certificado Individual proveniente da utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação do serviço militar, da prática de esporte ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

Cláusula 6. Da Aceitação, da Contratação e da Adesão

- 6.1. Para que ocorra a Aceitação, a Seguradora procederá à análise do risco do Grupo Segurável, por meio da Proposta de Contratação assinada pelo Estipulante e por meio do preenchimento da Proposta de Adesão assinada pelo Proponente.
- 6.1.1. A Aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco pela Seguradora.
 - 6.1.2. A Seguradora fornecerá ao Estipulante o protocolo que identificará a Proposta de Contratação ou a Proposta de Adesão recepcionada, indicando a data e a hora do recebimento.
 - 6.1.3. A Declaração Pessoal de Saúde e Atividade, se houver, integrará a Proposta de Adesão.

- 6.1.4.** A existência de omissões ou de declarações inverídicas na Proposta de Contratação e/ou na Proposta de Adesão acarretará em perda do direito à Indenização relativa ao Risco Coberto contratado, observado o disposto na Cláusula 15 abaixo.
- 6.1.5.** O Proponente, para ser elegível a Segurado, deverá ter, no momento da adesão, como idade mínima e máxima aquela determinada no Contrato.
- 6.2.** A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias, contados da data de recebimento da Proposta de Contratação e/ou Proposta de Adesão ou da listagem de Proponentes enviada pelo Estipulante para manifestar expressamente eventual recusa em cobrir o risco proposto. Em caso de recusa, esta será formalizada por escrito ao Estipulante, ao seu representante ou ao seu corretor de seguros.
- 6.2.1.** O prazo de 15 (quinze) dias para a Aceitação pela Seguradora poderá ser suspenso quando for por ela constatado que as informações contidas na Proposta de Contratação e/ou na Proposta de Adesão não são suficientes e/ou quando houver necessidade da apresentação de novos documentos, o que poderá ser feito, no caso da Proposta de Adesão, apenas uma vez durante este prazo. Caso a Seguradora solicite a apresentação de alguma nova documentação, a contagem do prazo acima mencionado somente voltará a correr na data do protocolo da entrega da documentação solicitada.
- 6.2.2.** Em caso de recusa em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento, parcial ou total, do Prêmio, este valor será restituído a quem de direito, no prazo máximo de 10 (dez) dias, contados continuamente da formalização da recusa, integralmente ou deduzido da parcela pro rata temporis correspondente ao período em que tiver prevalecido a garantia.
- 6.2.3.** A ausência de manifestação da Seguradora durante o prazo previsto acima caracteriza Aceitação da Proposta de Contratação ou da Proposta de Adesão.
- 6.2.4. Este seguro foi desenvolvido para ser contratado para Grupo Segurável previamente vinculado ao Estipulante e com as características acordadas entre o Estipulante e a Seguradora no Contrato. A não observância pelo Estipulante de tais características acarretará em perda do direito ao Risco Coberto contratado, observado o disposto na Cláusula 15 abaixo.**
- 6.3. A Seguradora emitirá para cada Segurado um Certificado Individual com as informações sobre a Apólice e o Risco Coberto contratado.**

Cláusula 7. Da Vigência

- 7.1.** O início de Vigência da Apólice e dos Certificados Individuais será às 24:00 horas da data para tal fim neles indicada.
- 7.1.1.** Quando a Proposta de Contratação ou a Proposta de Adesão for recepcionada sem o pagamento do Prêmio, o início da Vigência do Certificado Individual será a data da Aceitação ou outra data expressamente acordada entre a Seguradora e o Estipulante no Contrato.
- 7.1.2.** Quando a Proposta de Contratação ou a Proposta de Adesão for recepcionada com o pagamento do Prêmio, ainda que parcial, o início da Vigência do Certificado Individual será a data de recepção da Proposta de Contratação ou a Proposta de Adesão pela Seguradora.
- 7.2.** O término de Vigência da Apólice e dos Certificados Individuais será às 24:00 horas da data para tal fim neles indicada.
- 7.3.** Cessa, ainda, a Vigência da Apólice e do Certificado Individual:
- no caso de Cancelamento da Apólice ou do Certificado Individual, conforme disposto na Cláusula 16 destas Condições Gerais;
 - com o término do vínculo entre o Segurado e o Estipulante;
 - quitação integral da dívida pelo Segurado;

- d) quando o Segurado solicitar por escrito a sua exclusão da Apólice ou não contribuir com a sua parte no Prêmio; ou
- e) no caso de invalidez funcional permanente e total por doença, que cause a Perda da Existência Independente do Segurado.

7.4. Ao término da Vigência da Apólice, caso assim desejem e acordem o Estipulante e a Seguradora, poderá ser contratada uma nova Apólice, a qual será emitida pela Seguradora com as informações sobre o Risco Coberto contratado.

Cláusula 8. Da Renovação da Apólice

8.1. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a Apólice na data de seu vencimento, sem qualquer devolução dos Prêmios pagos, nos termos dos Certificados Individuais.

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

8.2.1. As renovações somente ocorrerão se expressamente acordadas pela Seguradora e pelo Estipulante e desde que não impliquem em ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos. Existindo ônus ou dever para os Segurados ou redução de seus direitos, pelo menos $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado deverá anuir prévia e expressamente a renovação.

8.2.2. Quando da renovação automática, que ocorrerá uma única vez, caso a Seguradora ou o Estipulante não tenham interesse na renovação da Apólice, deverão comunicar por escrito à outra parte o seu desinteresse na renovação, mediante aviso com, no mínimo, 60 (sessenta) dias de antecedência da data do final da Vigência da Apólice.

8.2.3. Quando da renovação da Apólice, observado o disposto no item 8.2.2 acima, a Seguradora emitirá para cada Segurado um novo Certificado Individual com as informações sobre a Apólice e o Risco Coberto contratado.

8.3. Poderá ser acordado no Contrato que os Segurados que atinjam uma determinada idade não terão o seu Certificado Individual renovado quando da renovação da Apólice.

Cláusula 9. Do Capital Segurado

9.1. O Capital Segurado será determinado pelo Estipulante em moeda corrente nacional, sempre respeitados os limites mínimos e máximos de contratação, fixados pela Seguradora e acordados no Contrato.

9.2. O Capital Segurado somente será alterado após submissão e Aceitação pela Seguradora de nova Proposta de Contratação do Estipulante ou nova Proposta de Adesão do Segurado à Seguradora.

9.2.1. No caso de alteração de Capital Segurado solicitado diretamente pelo Segurado, será emitido novo Certificado Individual.

Cláusula 10. Da Atualização Monetária

10.1. O Capital Segurado, conforme acordado no Contrato, será atualizado:

- a) anual e monetariamente pela variação positiva do Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IPCA/IBGE) ou, no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, outro que vier a substituí-lo, acumulada nos 12 (doze) meses antecedentes; ou
- b) de acordo com a dívida do Segurado para com o Estipulante. Neste caso, conforme acordado no Contrato, o Estipulante será responsável por manter a Seguradora informada sobre o valor atualizado da dívida do Segurado.

10.2. As atualizações previstas no itens anteriores poderão implicar no aumento do valor do Prêmio.**Cláusula 11. Do Custeio da Apólice**

O custeio da Apólice poderá ser feito pelo Estipulante, pelo Segurado ou pelos dois, conforme acordado no Contrato e na Proposta de Adesão, e poderá ser à vista, mensal, bimestral, trimestral, quadrimestral, semestral ou anual conforme acordado com a Seguradora e estabelecido no Contrato.

Cláusula 12. Da Taxa do Seguro

- 12.1.** A obrigação de pagamento ou repasse do Prêmio à Seguradora será exclusivamente do Estipulante, que responderá por qualquer inadimplemento, conforme estabelecido no Contrato.
- 12.1.1.** O Estipulante somente poderá interromper o recolhimento do Prêmio nos casos previstos no item 7.3 acima.
- 12.2.** Será garantida, quando couber, a possibilidade do pagamento parcelado do Prêmio, sendo que a data de vencimento da última parcela não poderá ultrapassar o término de Vigência do Certificado Individual. Poderá, ainda, ser antecipado o pagamento das parcelas do Prêmio.
- 12.3.** Quando a data do pagamento ou do repasse do Prêmio ocorrer em dia em que não haja expediente bancário, este poderá ser efetuado em dia útil imediatamente posterior.
- 12.4.** É proibido ao Estipulante cobrar ou recolher do Segurado, qualquer valor relacionado ao Prêmio, além daquele fixado pela Seguradora, devendo o Prêmio ser destacado nominalmente no documento de cobrança destinado ao Segurado.
- 12.5.** O Segurado ou Estipulante estarão sujeitos, a partir do primeiro dia de atraso no pagamento do Prêmio, à incidência de correção monetária, calculada pela variação do IPCA/IBGE ou, no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, aquele que vier a substituí-lo, e de juros de 6% (seis por cento) ao ano sobre o valor devido.
- 12.6.** O não pagamento ou repasse do Prêmio pelo Estipulante, pelo prazo acordado no Contrato, desde que não seja a primeira fatura, não prejudicará o direito dos Segurados, não motivará o imediato Cancelamento da Apólice e do Certificado Individual e sujeitará o Estipulante às cominações legais. No entanto, caso o Estipulante não efetue o pagamento ou repasse durante o prazo determinado no Contrato, os Certificados Individuais serão cancelados após o esgotamento deste prazo, nos termos da Cláusula 16 abaixo.
- 12.6.1.** Se houver um Sinistro durante o prazo mencionado no item 12.6, o Prêmio devido relacionado ao Segurado que sofreu o Sinistro será descontado da Indenização a ser paga pela Seguradora ao Estipulante.
- 12.6.1.1.** Na hipótese do item 12.6.1 acima, o valor do Prêmio devido será devidamente corrigido pela variação do IPCA/IBGE ou, no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, aquele que vier a substituí-lo, acrescido de juros de 6% (seis por cento) ao ano, ficando o Estipulante sujeito ao pagamento de multa equivalente a 100% (cem por cento) do total da Indenização paga pela Seguradora relacionada ao Sinistro ocorrido no prazo mencionado no item 12.6.
- 12.7.** Em função do disposto no item 12.6, não será permitido qualquer pagamento ou repasse do Prêmio devido após o esgotamento do prazo mencionado neste item, salvo se previamente acordado, por escrito, com a Seguradora; se, ainda assim, o Estipulante realizar qualquer pagamento ou depósito à Seguradora, este não será considerado como Prêmio e será restituído pela Seguradora ao Estipulante, mediante apresentação pelo Estipulante do respectivo comprovante do pagamento ou depósito.
- 12.8.** Caso não seja efetuado o pagamento ou o repasse da primeira parcela do Prêmio, a contratação da Apólice não será efetivada e a Seguradora não estará obrigada a garantir o Risco Coberto.

Cláusula 13. Da Revisão da Taxa do Seguro

- 13.1.** O Prêmio correspondente a cada Segurado será fixado com base no respectivo Capital Segurado e de acordo com a Taxa do Seguro, conforme acordado no Contrato, sendo essa taxa auferida por meio de procedimento atuarial, conforme a seguir descrito:
- a) quando taxa média, a taxa a ser utilizada no cálculo do valor mensal do Prêmio será o valor acordado no Contrato, a qual será aplicada sobre o Capital Segurado de cada Segurado e calculada anualmente com base (i) na composição do Grupo Segurado no mês imediatamente anterior à data de base de tal recálculo, que será a data do final da vigência do Contrato, (ii) nas Condições Contratuais, (iii) no Carregamento e (iv) na sinistralidade do Grupo Segurado, conforme abaixo especificado. A nova taxa será denominada "taxa de referência"; ou
 - b) quando faixa etária, as taxas do seguro referente aos Capitais Segurados de cada Segurado e ao Risco Coberto contratado serão reajustadas anualmente com base (i) na composição do Grupo Segurado no mês imediatamente anterior à data de base de tal recálculo, que será a data do final da vigência do Contrato, (ii) nas Condições Contratuais, (iii) no Carregamento e (iv) na sinistralidade do Grupo Segurado, conforme abaixo especificado. Neste caso, independentemente da aplicação da atualização monetária prevista na Cláusula 10 acima, os Prêmios correspondentes a cada Segurado serão reenquadrados a cada mudança de faixa etária.
- 13.2.** Para os fins do cálculo previsto no item 13.1."b" acima, inicialmente, a Seguradora apurará uma "taxa de referência" que será calculada atuarialmente, considerando o Risco Coberto e Carregamento vigentes, com base no Grupo Segurado do mês imediatamente anterior à data de apuração, por meio da somatória dos resultados das multiplicações dos Capitais Segurados de cada Segurado contratados, referentes ao Risco Coberto contratado, pelas taxas do seguro correspondentes às respectivas idades, dividida pela somatória do total dos Capitais Segurados de cada Segurado.
- 13.3.** Em seguida, será calculado o "prêmio de referência", que será o resultado da multiplicação da somatória do total dos Capitais Segurados de cada Segurado pela "taxa de referência", calculada conforme disposto acima.
- 13.4.** Para se calcular o novo Prêmio, deve-se apurar a diferença entre o Prêmio total que o Estipulante tenha pago ou repassado à Seguradora correspondente à última fatura e o "prêmio de referência", multiplicá-la pelo fator de sinistralidade correspondente ao mês imediatamente anterior à data base do recálculo e somar ao Prêmio total.
- 13.4.1.** O fator de sinistralidade mencionado acima corresponde à soma dos itens abaixo mencionados, dividido pelo Prêmio total líquido de impostos incidentes diretamente no prêmio no mesmo período:
- a) Sinistros efetivamente pagos;
 - b) variação da reserva para os Sinistros pendentes; e
 - c) variação de reserva de Sinistros ocorridos e não avisados (IBNR) calculada sobre a carteira da Seguradora referente ao período analisado.
- 13.5.** O novo Prêmio, obtido de acordo com o critério acima, será dividido pela somatória dos Capitais Segurados de cada Segurado, resultando na nova taxa do seguro.
- 13.6.** A nova taxa do seguro, obtida na forma definida nos itens anteriores, corresponderá à taxa do seguro até a data de base do próximo recálculo, devendo ser realizado para cada faixa etária quando esta for a modalidade do cálculo. No caso de aumento, a variação incremental da taxa do seguro não poderá ser superior a 30% (trinta por cento).
- 13.7.** Quando da renovação da Apólice, seja ela automática ou não, o Carregamento poderá ser reduzido, a livre e exclusivo critério da Seguradora, com o objetivo de diminuir a variação incremental da(s) taxa(s) do seguro para próximo período.

Cláusula 14. Do Pagamento da Indenização

- 14.1.** Na ocorrência do Sinistro, tão logo o Estipulante tome conhecimento, deverá apresentar à Seguradora os seguintes documentos:
- a) Formulário de Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo Médico Assistente, com a data do Sinistro;
 - b) Relatório Médico integralmente preenchido e assinado, com firma reconhecida, pelo médico do Segurado inválido;
 - c) cópia do documento que comprove o vínculo, a dívida ou o compromisso do Segurado com o Estipulante (contrato de financiamento, consórcio, empréstimo, por exemplo);
 - d) cópia autenticada da carteira de identidade do Segurado;
 - e) cópia autenticada do CPF do Segurado;
 - f) cópia autenticada do comprovante de residência do Segurado;
 - g) cópia autenticada do Termo Definitivo de Curatela ou de Tutela, se houver, relacionado ao Segurado inválido, bem como cópia autenticada da carteira de identidade, do CPF e de comprovante de residência do Curador ou do Tutor, respectivamente;
 - h) cópia autenticada do boletim de ocorrência policial e de outros documentos que esclareçam o relatado no mencionado boletim, se houver;
 - i) cópia autenticada da carteira nacional de habilitação, em caso de Acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - j) cópia autenticada do Laudo da Perícia Técnica, em caso de Acidente com veículo dirigido pelo Segurado;
 - k) cópia autenticada do Laudo do Exame de Corpo de Delito;
 - l) cópia autenticada do Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etílica e/ou Toxicológica;
 - m) radiografias e laudo(s) radiológico(s) do Segurado e com identificação deste, sendo que o(s) laudo(s) radiológico(s) deverá(ão) estar assinado(s) por médico radiologista que tenha assistido ao Segurado no Sinistro; e
 - n) o Estipulante deverá encaminhar à Seguradora uma carta, em papel timbrado, informando, em seu título, que se trata de ocorrência de sinistro, a qual deverá conter: (i) número da Apólice; (ii) número do Grupo Segurado; (iii) nome do Segurado inválido; (iv) data de adesão ao documento mencionado na alínea "c" acima; (v) data da ocorrência do Sinistro (dd/mm/aaaa); (vi) modalidade do Sinistro; e (vii) extrato e valor da dívida.
- 14.2. Caso exista discussão judicial quanto a quem deva legitimamente ser paga a Indenização, a Seguradora fará o pagamento de eventual Capital Segurado remanescente por meio de depósito judicial.**
- 14.3. Caso exista processo judicial de inventário e/ou arrolamento relacionado ao Segurado inválido, deverá ser disponibilizada à Seguradora, quando houver Capital Segurado remanescente, uma cópia do processo contendo declaração de autenticidade firmada pelo Estipulante dos documentos fornecidos, sob sua responsabilidade pessoal.**
- 14.4. Eventuais despesas efetuadas pelo Beneficiário relacionadas à comprovação do Sinistro deverão ser por ele suportadas.**
- 14.5.** A Seguradora pagará a Indenização no prazo de até 30 (trinta) dias contados a partir da entrega de todos os documentos relacionados no item 14.1 acima ou qualquer outro que vier a solicitar.
- 14.5.1. Será suspensa a contagem do prazo acima mencionado caso a Seguradora solicite documentação ou informação complementar, fundamentada em dúvida justificável, sendo que a contagem do prazo voltará a correr a partir do 1º (primeiro) dia útil subsequente àquele em que for completamente atendida a solicitação da Seguradora.**

- 14.5.2.** Caso a Indenização não seja paga no prazo previsto, quando do seu pagamento será acrescida de juros moratórios de 6% (seis por cento) ao ano, computados a partir do primeiro dia útil subsequente ao término do prazo, e atualizado pela variação positiva do IPCA/IBGE ou, no caso de inexistência ou não aplicabilidade deste, outro que vier a substituí-lo, desde a data da ocorrência do Risco Coberto até a data do pagamento da Indenização.
- 14.6.** O Relatório Médico deverá ter informações e registros médicos que comprovem o momento exato em foi atingido o estágio de Doença em que se caracterize a Perda da Existência Independente do Segurado.
- 14.7.** Fica facultado à Seguradora, em caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do Sinistro e/ou, se for o caso, à sua liquidação.
- 14.8.** O Segurado se compromete a submeter-se à avaliação médica com exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas à Perda da Existência Independente do Segurado.
- 14.9.** Eventuais encargos de tradução necessários para a liquidação do Sinistro, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior ficarão integralmente a cargo da Seguradora.
- 14.10.** No caso de divergências sobre a causa, natureza ou extensão da invalidez, bem como dúvida quanto ao correto enquadramento do Risco Coberto, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica.
- 14.10.1.** A referida junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados, onde cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado, os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e Seguradora.
- 14.10.2.** O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.
- 14.11.** Não será paga indenização com base em diagnóstico feito por membro da família ou por pessoa que viva na mesma residência do Segurado, independentemente de ser um médico habilitado ou profissional de saúde.

Cláusula 15. Da Perda de Direitos

- 15.1. Sem prejuízo das demais hipóteses previstas em lei e nas Condições Contratuais, a Seguradora não pagará a Indenização nos seguintes casos:**
- a) quando o Segurado agravar intencionalmente o Risco Coberto;**
 - b) quando o Segurado, agindo de má-fé, não comunicar à Seguradora, tão logo tenha conhecimento, qualquer fato que possa agravar o Risco Coberto;**
 - c) quando o Estipulante, agindo de má-fé, não comunicar à Seguradora, tão logo tenha conhecimento, qualquer fato que possa agravar o Risco Coberto; ou**
 - d) quando o Segurado, o Estipulante, seus representantes ou o corretor de seguros fizerem declarações inexatas ou omitirem circunstâncias que possam influir na Aceitação da Proposta de Adesão ou no valor do Prêmio.**
- 15.2. A Seguradora terá 15 (quinze) dias do recebimento do aviso da agravação do Risco Coberto para, por meio de comunicação escrita ao Estipulante, cancelar o Certificado Individual ou a Apólice, se for o caso.**
- 15.2.1. Caso o Certificado Individual ou a Apólice não seja imediatamente cancelado(a) tendo em vista a agravação de o Risco Coberto ter ocorrido por ação ou omissão do Segurado e/ou do Estipulante, mediante acordo com o Estipulante, o Risco Coberto contratado poderá ser restringido ou a diferença do Prêmio cobrada, observado o prazo e a forma de comunicação prevista no item 15.2 acima.**

15.2.2. Caso o Certificado Individual seja cancelado, tal cancelamento somente será eficaz após 30 (trinta) dias da notificação do agravamento do Risco Coberto à Seguradora, devendo ser restituída a diferença do Prêmio, se houver.

15.3. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações do Estipulante, do Segurado, do representante de um ou de outro, ou do corretor de seguros, para Aceitação da Proposta de Contratação ou Adesão, ou para o cálculo do valor do Prêmio, não resultar de má-fé, a Seguradora poderá agir de uma das maneiras abaixo descritas, a seu critério.

15.3.1. Na hipótese de não ocorrência de Sinistro:

- a) cancelar o Certificado Individual, retendo do Prêmio originalmente pactuado o percentual proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência do Certificado Individual; ou
- b) mediante acordo, permitir a continuidade da Vigência do Certificado Individual, cobrando a diferença do Prêmio cabível ou restringindo o Risco Coberto contratado.

15.3.2. Na hipótese de ocorrência de Sinistro, a Seguradora reterá da referida Indenização, o Prêmio devido e a diferença do Prêmio cabível a maior desde o início da Vigência do Certificado Individual.

Cláusula 16. Do Cancelamento da Apólice ou do Certificado Individual ou do Risco Coberto

16.1. Caso o Estipulante não realize o pagamento da primeira parcela do Prêmio ou se decorrido o prazo de tolerância a inadimplemento mencionado no Contrato, a Apólice e/ou os Certificados Individuais e o Risco Coberto, se for o caso, estará(ão) cancelado(s) por falta de pagamento.

16.1.1. Na ocorrência do Sinistro dentro do prazo mencionado no item 16.1, o Prêmio relacionado ao Segurado inválido e que não foi pago será deduzido da Indenização a ser paga ao Estipulante, observado ainda o disposto nos itens 12.6, 12.6.1, 12.6.2, 12.6.3.

16.2. Se o Segurado, seu representante, o Estipulante, seu(s) sócio(s) controlador(es), dirigente(s), administrador(es) ou representante(s) agirem com dolo, fraude ou simulação na adesão ou na contratação, ou ainda para conseguir o aumento do Capital Segurado, dá-se o cancelamento do Certificado Individual e/ou da Apólice, conforme o caso, sem restituição dos Prêmios já pagos, ficando a Seguradora isenta de qualquer responsabilidade.

16.3. O Certificado Individual ou o Risco Coberto, se for o caso, será, ainda, cancelado pela Seguradora se o Segurado solicitar expressamente a sua exclusão do Grupo Segurado ou a exclusão do Risco Coberto ou se o Estipulante solicitar a exclusão de algum Segurado por falta de pagamento do Prêmio ou por encerramento do vínculo do Segurado com o Estipulante.

16.4. A Apólice poderá, ainda, ser cancelado(s), a qualquer tempo, mediante acordo entre a Seguradora, o Estipulante e os Segurados que representem no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado, sem prejuízo da Vigência dos Certificados Individuais correspondentes aos Prêmios já pagos ou repassados, podendo a Seguradora reter percentual do Prêmio recebido proporcional ao tempo decorrido do início da Vigência do Certificado Individual, além dos custos.

16.5. Paga a Indenização, o Certificado Individual será imediata e automaticamente cancelado. Nessa hipótese, quaisquer Prêmios eventualmente pagos após o pagamento da Indenização serão devolvidos devidamente atualizados monetariamente.

16.6. Independentemente do disposto nesta Cláusula, aplica-se ao Cancelamento da Apólice ou do Certificado Individual ou do Risco Coberto quaisquer outras hipóteses previstas nestas Condições Gerais e na legislação ou na regulamentação vigente.

Cláusula 17. Das Obrigações do Estipulante

- 17.1.** O Estipulante é o representante dos Segurados perante a Seguradora e, nesta qualidade, receberá todas as comunicações inerentes às Condições Contratuais.
- 17.2.** O Estipulante é o único responsável, para com a Seguradora, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais assumidas no Contrato.
- 17.3.** Constituem obrigações do Estipulante e/ou Subestipulante, além de outras que poderão ser estabelecidas no Contrato:
- a) fornecer à Seguradora todas as informações por ela solicitadas para a análise e Aceitação;
 - b) manter a Seguradora informada a respeito dos Segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do Risco Coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, resultar em Sinistro;
 - c) fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao Risco Coberto contratado, inclusive disponibilizando as Condições Gerais, o Contrato e as Condições Especiais, se houver;
 - d) repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes às Condições Contratuais;
 - e) discriminar o nome da Seguradora nos documentos e comunicações referentes ao Seguro enviados para o Segurado;
 - f) comunicar à Seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer Sinistro ou expectativa de Sinistro referente ao Grupo Segurado;
 - g) dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de Sinistros;
 - h) comunicar de imediato à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao Seguro contratado;
 - i) fornecer à SUSEP quaisquer informações por ela solicitadas e dentro do prazo por ela determinado;
 - j) quando houver cosseguro, informar o nome da Seguradora, bem como o percentual de sua participação no Risco Coberto, em qualquer material de divulgação relacionado ao Seguro, em caráter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante;
 - k) pagar os Prêmios na data acordada com a Seguradora;
 - l) comunicar à Seguradora a ocorrência de quaisquer inclusões ou exclusões de Segurados no prazo estabelecido no Contrato; e
 - m) entregar o Certificado Individual ao Segurado.
- 17.4.** É expressamente vedado ao Estipulante e ao Subestipulante:
- a) cobrar dos Segurados quaisquer valores relativos ao Seguro além daqueles especificados pela Seguradora;
 - b) rescindir o Contrato sem anuência prévia e expressa de um número de Segurados que represente, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do Grupo Segurado;
 - c) efetuar propaganda e promoção do Seguro sem prévia anuência da Seguradora e sem respeitar a fidedignidade das informações quanto ao seguro que será contratado; e
 - d) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a estes produtos.

Cláusula 18. Do Material de Divulgação

A propaganda e a divulgação do seguro por parte do Estipulante e/ou corretor de seguros somente poderão ser feitas com autorização expressa da Seguradora, respeitadas as Condições Contratuais e a regulamentação vigente, ficando a Seguradora responsável somente pelas informações contidas na propaganda e divulgação feitas pelo Estipulante e/ou corretor de seguros devidamente autorizadas por ela.

Cláusula 19. Da Transferência de Direitos

O Risco Coberto garantido, observadas as disposições destas Condições Gerais, não poderá ser transferido, cedido ou onerado de qualquer forma.

Cláusula 20. Do Foro

- 20.1.** Fica eleito o foro da comarca do domicílio do Segurado para dirimir quaisquer dúvidas, litígios ou pendências oriundas das Condições Contratuais.
- 20.2.** Na hipótese de inexistência de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso.

Cláusula 21. Das Disposições Gerais

- 21.1.** Caso a Seguradora deixe de exigir o cumprimento pontual ou integral das obrigações decorrentes das Condições Contratuais ou de exercer qualquer direito ou faculdade que lhe seja atribuído, tal fato será interpretado como mera tolerância, a título de liberalidade, e não importará em renúncia aos direitos ou faculdades não exercidos, nem em precedente, novação ou alteração de qualquer cláusula ou Condição Contratual.
- 21.2. Os prazos prescricionais relacionados à Apólice serão aqueles previstos na legislação em vigor.**
- 21.3. Os tributos serão arcados por quem a lei determinar.**
- 21.4.** O registro destas Condições Gerais na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- 21.5.** O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no endereço eletrônico www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

Anexo - 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
		20

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

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

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

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

SulAmérica
associada ao **ING** 