

APÓLICE DE SEGURO VIDA EM GRUPO Nº. 0133.93.00.00000238
FEDERAL ALUG
GARANTIA DO ALUGUEL, COTA CONDOMINIAL E TAXAS
(Proc. SUSEP 15414.004079/2003-12)

A FEDERAL DE SEGUROS S.A., a seguir denominada 'Seguradora', baseando-se nas declarações constantes da proposta que lhe foi apresentada pelo(a) proponente abaixo, a seguir denominado(a) Estipulante, mediante o recebimento do prêmio, se obriga a conceder as garantias declaradas nas condições gerais, especiais e particulares, que fazem parte integrante e inseparável desta apólice, aos segurados ou ao(s) beneficiário(s) indicado(s) pelo(s) mesmo(s) no cartão-proposta. Esta apólice possui vigência conforme o prazo determinado abaixo, devendo-se o respectivo prêmio ser pago no prazo estabelecido no documento de cobrança, ou através de desconto em folha de pagamento ou de débito em conta bancária.

**Estipulante: FEDCORP ASSESSORIA E CONSULTORIA DE BENEFÍCIOS VIDA E ASSISTANCE
LTDA**

Endereço : Av. Rio Branco, 20 / 6º andar - Centro – Rio de Janeiro – RJ – CEP:20090-000
C.N.P.J : 07.416.682/0001-67

Data de Início da Vigência: 01/11/2005

Data de Fim da Vigência: 31/10/2006

GARANTIAS: Morte
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPTD)

Capital Segurado : Conforme Condições Particulares em anexo
Custo Mensal Individual : Conforme Condições Particulares em anexo
Custo de Apólice : R\$ 0,00

Limite de Idade para Inclusão no Seguro: Não haverá restrições quanto ao limite de idade.

Corretor: PEAGA ADM. CONS. E CORRET. DE SEGUROS LTDA
SUSEP : 020119.1.043668-2

Para validade do presente contrato, a Seguradora, representada por seus Diretores, assina a presente na cidade de:

Rio de Janeiro, 01 de novembro de 2005.

FEDERAL DE SEGUROS S/A

FEDERAL DE SEGUROS S/A
CONDIÇÕES PARTICULARES DO SEGURO VIDA EM GRUPO - ALUG
EM GARANTIA DO PAGAMENTO DO ALUGUEL, COTA CONDOMINIAL E TAXAS
APÓLICE: 0133.93.00.00000238
(Seguro baseado no proc. 15414.004079/2003-12)

ESTIPULANTE

O Estipulante do seguro será a Fed Corp Assistance, situada a Avenida Rio Branco, 20 – 6º andar, Centro, Rio de Janeiro, inscrita no CNPJ sob nº 07.416.682/0001-67.

CO-ESTIPULANTE

O Co-Estipulante desta apólice, e nesta qualidade e encarregado da representação dos Segurados junto a Cia Seguradora, será a **ADMINISTRADORA / IMOBILIÁRIA**, no qual o condomínio esta vinculado.

01- OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro garante o pagamento de uma indenização, aos beneficiários do Segurado proprietário ou locatário de imóvel, em caso de sua morte, ou ao próprio Segurado, em caso de Invalidez Permanente, com o objetivo de possibilitar a quitação dos alugueis e cotas condominiais do imóvel por 6 meses, nos termos das garantias a seguir enumeradas .

02 - GARANTIAS DO SEGURO

2.1 - MORTE

Em caso de morte do segurado, qualquer que seja a causa, será paga ao(s) beneficiário(s) indicado(s), a indenização correspondente a esta garantia.

2.2 - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPA)

É a garantia de uma indenização igual ao capital segurado da garantia básica, relativa a perda, ou impotência funcional total e definitiva, do Segurado, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal. Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e comprovada por atestado médico a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a FEDERAL pagará ao próprio segurado a indenização, nos termos da Cláusula Especial para esta garantia, anexada à apólice.

2.3 - INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPTD)

É a antecipação do pagamento da indenização relativa a garantia básica em caso de invalidez permanente total, conseqüente de doença, conforme Condições Especiais em anexo. Sendo reconhecida a invalidez pela Seguradora, o capital relativo à garantia básica será pago, a critério da FEDERAL, de uma só vez, ao próprio Segurado, ou em até 24 prestações mensais e sucessivas, atualizadas monetariamente e capitalizadas a juros reais

de 6% a.a. na forma da Tabela Price. Se o Segurado falecer durante o período de pagamento das prestações, é devida aos beneficiários a indenização imediata do restante do capital Segurado. Sendo uma antecipação do pagamento da garantia básica (Morte), a indenização por esta garantia não poderá se acumular com aquela. Assim, o pagamento da indenização total ou da primeira parcela, por essa invalidez, determinará o imediato cancelamento do seguro individual;

03 - CARÊNCIA

Fica estabelecido um período de carência de 2 (dois) meses para a cobertura de morte natural, a contar das 24 (vinte e quatro) horas da data de início do risco individual.

Em caso de morte acidental não haverá cumprimento de carência.

Estando o segurado inadimplente por 90 dias consecutivos e caso retorne ao seguro, fica este sujeito ao cumprimento de novo prazo de carência.

04 - DESPESAS CONSIDERADAS PARA FINS DE SEGURO

a) salários, encargos trabalhistas, contribuições previdenciárias e sociais dos empregados e autônomos, contratados pelo condomínio, bem como qualquer imposto que incida ou venha a incidir sobre a rubrica salários, rescisões de contrato de trabalho, seguros, vale-transporte, vale-refeição e todos os benefícios diretos dos empregados do condomínio;

b) despesas relativas ao consumo de luz e força, gás, telefone do condomínio, águas e esgoto;

c) conservação e reposição das instalações e equipamentos hidráulicos, elétricos, mecânicos, de comunicação e de segurança;

d) conservação e reposição das instalações e equipamentos de uso comum, destinados à prática de esportes ou lazer;

e) conservação e reposição de elevadores, porteiro eletrônico, portão automático e antena coletiva;

f) rateios de déficits ou saldos devedores, provenientes de insuficiência orçamentária ou de despesas não previstas;

g) custos administrativos do condomínio: tarifas, despesas, taxas bancárias, seguros, pró-labore, fundo de reserva, etc.

h) pintura das partes comuns, manutenção dos equipamentos e dos jardins existentes.

05 - DESPESAS QUE NÃO SERÃO CONSIDERADAS PARA FINS DE SEGURO

a) despesas extraordinárias aprovadas em Assembleias Gerais ou determinadas pelo Síndico, comandadas para suprimento de gastos que tenham por finalidade o acréscimo do patrimônio do condomínio;

- b) substituição ou modificação do revestimento externo do condomínio;
- c) substituição ou modificação das esquadrias de portas e janelas do condomínio;
- d) aquisição de novos equipamentos que visem implantar ou modificar sistemas já existentes no condomínio;
- e) despesas com implantação ou reforma de decoração e paisagismo nas partes comuns.

06 - DOCUMENTAÇÃO DO ESTIPULANTE

De acordo com a Circular SUSEP nº 200 de 09/09/2002, fica obrigatória a apresentação da cópia do contrato social e última alteração com revalidação da Junta Comercial, contemplando denominação ou razão social, cópia do CNPJ, endereço completo (logradouro, bairro, CEP, cidade, UF, nº telefone e DDD), atividade principal desenvolvida, e informações cadastrais dos administradores, bem como, das pessoas físicas que direta ou indiretamente a controlem.

07 - VIGÊNCIA DA APÓLICE

A vigência desta apólice é de 01 (um) ano, a contar das 24 (vinte e quatro) horas do dia 31 de outubro de 2005 às 24 (vinte e quatro) horas do dia 31 de outubro de 2006, e renovada automaticamente, caso não haja uma solicitação de cancelamento por escrito, no prazo de 30 dias antes do término da vigência.

08 - INCLUSÃO DE SEGURADOS

A inclusão de segurados através de relação, deverá conter os seguintes dados: Nome completo; data de nascimento; sexo e CPF.

09 - INÍCIO DE COBERTURA DE CADA SEGURADO

A cobertura do seguro para cada Segurado terá início às 24 horas do primeiro dia de sua inclusão na apólice.

10 - LIMITE DE IDADE

Não haverá restrições quanto ao limite de idade para fins de inclusão do Segurado na apólice.

11 - TAXA MENSAL

É utilizada na tarifação desta apólice, a tábua biométrica CSO-58.

12 - REVISÃO DE TAXAS

Fica acordado entre as partes contratantes que a taxa deste seguro será recalculada sempre que a sinistralidade máxima atingir 60% do resultado da apólice. A notificação será dada com 60 dias de antecedência ao aniversário da apólice.

13 - CAPITAIS SEGURADOS

Os capitais segurados desta apólice equivalerão para cada segurado, em cada mês, ao somatório do valor mensal do aluguel com a cota condominial (composta das despesas ordinárias e extraordinárias de manutenção consideradas), dos impostos e das taxas, cujo pagamento constitui obrigações do segurado, por contrato de locação, contratados conforme a seguir:

Locatários até 65 anos – 6 vezes o recibo do aluguel, limitada a R\$ 3.500,00.

Locatários a partir de 66 anos – 3 vezes o recibo do aluguel, limitada a R\$ 3.500,00.

14 - ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO

Os capitais segurados e prêmios de cada Segurado desta apólice serão atualizados automaticamente, de acordo com a variação mensal do aluguel, da cota condominial, dos impostos e taxas constantes do contrato de locação.

15 - FORMA DE PAGAMENTO

Mensal, contributário, ou seja, custeado totalmente pelo Segurado.

16 - ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

O âmbito territorial de cobertura é o globo terrestre.

17 - OCORRÊNCIA DE SINISTROS

17.1 - Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da FEDERAL, deverá ser ele comunicado prontamente, pelo Estipulante, anexando os seguintes documentos:

- a) formulário AVISO DE SINISTRO devidamente preenchido;
- b) cópia da CERTIDÃO DE ÓBITO OU DA CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL DO SEGURADO;
- c) cópia da ESCRITURA DEFINITIVA DO IMÓVEL OU PROMESSA DE VENDA REGISTRADA EM CARTÓRIO;
- d) cópia da COTA CONDOMINIAL DO MÊS DO ÓBITO;
- e) cópia do CONTRATO DE LOCAÇÃO, em se tratando de inquilino;

f) cópia do CONTRATO SOCIAL, tratando-se de pessoa jurídica.

18 - LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

18.1 - A indenização será paga aos beneficiários em 6 (seis) ou 3 (três) parcelas mensais iguais e sucessivas, no valor do capital segurado vigente na data da morte ou invalidez do segurado, ou reembolsando cotas condominiais mensais e sucessivas, até o esgotamento do capital segurado determinado naquela data.

18.2 - Em caso de alienação do imóvel durante o período indenitário, o valor porventura remanescente da indenização será pago, de uma só vez, aos beneficiários do segurado.

18.3 - A FEDERAL LIQUIDARÁ A PRIMEIRA PARCELA DA INDENIZAÇÃO NO PRAZO MÁXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DO CUMPRIMENTO DE TODAS AS EXIGÊNCIAS, POR PARTE DO SEGURADO OU DOS BENEFICIÁRIOS, DESDE QUE RECONHECIDO O DIREITO À INDENIZAÇÃO. ESSE PRAZO TERÁ A SUA CONTAGEM SUSPensa. EM CASO DE DÚVIDA QUE DETERMINE A SOLICITAÇÃO DE NOVA DOCUMENTAÇÃO PELA FEDERAL, OU DA NECESSIDADE DE PERÍCIA MÉDICA OU INVESTIGAÇÃO, SENDO REINICIADO APÓS O ATENDIMENTO COMPLETO DE TODAS AS EXIGÊNCIAS.

19 - SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DA COBERTURA INDIVIDUAL

19.1 - A FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO INDIVIDUAL NO SEU VENCIMENTO SUSPENDERÁ, AUTOMATICAMENTE, A COBERTURA DESTA SEGURO ATÉ A SUA REABILITAÇÃO, A QUAL PODERÁ SER EFETIVADA COM A QUITAÇÃO DO(S) PRÊMIO(S) PENDENTE(S) ATÉ O PRAZO MÁXIMO DE 90(NOVENTA) DIAS, DESDE QUE NÃO TENHA OCORRIDO SINISTRO.

19.2 - APÓS 90(NOVENTA) DIAS DE INADIMPLÊNCIA, O SEGURO INDIVIDUAL SERÁ CANCELADO AUTOMATICAMENTE, NÃO HAVENDO MAIS POSSIBILIDADE DE REABILITAÇÃO.

19.3 - NÃO OBSTANTE O DISPOSTO NOS SUBÍTENS ANTERIORES DESTA CLÁUSULA, FINDO O PERÍODO DE PAGAMENTO DE UMA INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL, POR ACIDENTE OU POR DOENÇA, O SEGURADO PODERÁ SER REINCLUÍDO NO SEGURO, SOMENTE NA GARANTIA DE MORTE, DESDE QUE PASSE NOVAMENTE A PAGAR AS COTAS CONDOMINIAIS.

20 - BENEFICIÁRIOS

20.1 - Os beneficiários desta apólice serão os herdeiros legais do condômino segurado, em cujo nome a FEDERAL fará os pagamentos mensais da taxa condominial, diretamente a Administradora Estipulante, até o limite da indenização calculada.

20.2 - Ao segurado é lícito, em qualquer ocasião, substituir seu(s) beneficiário(s) mediante solicitação escrita à FEDERAL, devidamente assinada. Todavia, qualquer alteração de beneficiário(s) somente terá valor após o recebimento pela FEDERAL.

21 - OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

Nos termos da Resolução CNSP nº 107, de 2004, constituem obrigações do Estipulante:

- 1) fornecer à Federal todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;
- 2) manter a Federal 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;
- 3) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- 4) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, na forma estabelecida pelo art. 7º desta Resolução, quando este for de sua responsabilidade;
- 5) repassar os prêmios à Federal, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- 6) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- 7) discriminar a razão social e, se for o caso o nome fantasia da Federal nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- 8) comunicar de imediato à Federal, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;
- 9) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- 10) comunicar de imediato à SUSEP quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- 11) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- 12) informar o nome da sociedade seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de cosseguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

Nos seguros contributários, o não repasse dos prêmios à seguradora nos prazos contratualmente estabelecidos poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da Federal, e sujeita o estipulante ou subestipulante às cominações legais.

Deverão ser estabelecidos, em contrato específico firmado entre a sociedade seguradora e o estipulante, os deveres de cada parte em relação à contratação do seguro, nos termos deste artigo.

13) É expressamente vedado ao estipulante e ao subestipulante, nos seguros contributários:

a) cobrar dos segurados quaisquer valores relativos ao seguro, além dos especificados pela

Federal;

b) rescindir o contrato sem anuência prévia e expressa de um número de segurados que represente no mínimo, três quartos do grupo segurado;

c) 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

d) vincular a contratação de seguros a qualquer de seus produtos, ressalvada a hipótese em que tal contratação sirva de garantia direta a este produto.

14) De acordo com o Código Civil Art. 801, Resolução CNSP 117/04 e Circular SUSEP 317/06, fica o Estipulante obrigado a apresentar a Seguradora anuência expressa de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado no caso de haver qualquer alteração que implique em ônus ou dever aos segurados ou ainda redução de seus direitos.

22 - CORRETOR

PEAGA ADM. CONS. E CORRET. DE SEGUROS LTDA

SUSEP: 020119.1.043668 -2.

23 - RATIFICAÇÃO E PREVALÊNCIA DE CONDIÇÕES

Não obstante o disposto nas Condições Gerais, aqui ratificadas, a cobertura desta apólice fica limitada às garantias expressamente citadas nestas Condições Particulares, acordadas entre a Seguradora e o Estipulante, as quais prevalecerão sobre aquelas Condições Gerais em todas as suas disposições.

Rio de Janeiro, 01 de novembro de 2005.

SEGURO VIDA EM GRUPO
CONDIÇÕES GERAIS
(Processo SUSEP 15414004079/2003-12)

1 - A FEDERAL DE SEGUROS S.A., CNPJ 33.928.219/0001-04, designada **Seguradora**, institui o presente plano de seguro de acordo com as condições gerais a seguir, a ser contratado por meio de Estipulante e Subestipulante(s), em benefício dos Segurados identificados na apólice, proposta e no certificado individual do seguro, na forma da legislação vigente.

2 - Definições

Para os fins deste plano, ficam expressas nestas Condições Gerais as seguintes definições, por ordem alfabética:

A

Acidente Pessoal

Para fins deste seguro, nas garantias adicionais de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) é o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do Segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

a.1) o suicídio, ou a sua tentativa, que será equiparado, para fins de indenização, a acidente pessoal, observada a legislação em vigor;

a.2) os acidentes decorrentes de ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito, em decorrência de acidente coberto;

a.3) os acidentes decorrentes de escape acidental de gases e vapores;

a.4) os acidentes decorrentes de seqüestros e tentativas de seqüestros; e

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

b) excluem-se desse conceito:

b.1) as doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

b.2) as intercorrências ou complicações conseqüentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;

b.3) as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo

– LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez por acidente pessoal, definido no ítem a.1 acima.

Apólice

Documento emitido pela sociedade Seguradora formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo proponente, nos planos individuais, ou pelo estipulante, nos planos coletivos.

Assistido

Beneficiário em gozo do recebimento do capital Segurado sob a forma de renda.

Ato Ilícito

É toda a ação ou omissão voluntária, negligência, imperícia ou imprudência que viole direito alheio ou cause prejuízo a outrem.

Atualização Monetária

É o mesmo que correção monetária, sendo aplicada ao prêmio pago e aos capitais Segurados, anualmente, observado o índice do plano, com o objetivo de preservar o valor dos capitais contratados. Aplica-se ainda aos prêmios em atraso e ao valor da indenização, se esta não for paga no prazo devido, de conformidade com estas condições gerais.

Aviso de Sinistro

É a comunicação específica de um evento coberto pela apólice, que o Segurado ou o(s) beneficiário(s) é(são) obrigado(s) a fazer à Seguradora, com a finalidade de dar conhecimento imediato à mesma da ocorrência do sinistro, informando o dia, a hora, as circunstâncias da ocorrência etc.

B

Beneficiários

Pessoa física ou jurídica designada para receber os valores dos capitais Segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro.

Boa fé

É o princípio básico de qualquer contrato de seguro, pois é indispensável que haja confiança mútua. A não observância deste princípio tornará nulo o contrato. Este princípio obriga as partes em agir com a máxima honestidade e em fiel cumprimento às leis e ao contrato.

C

Caducidade do Seguro

É a ineficácia do contrato de seguro, quando um dos contratantes deixa de atender as condições ou cláusulas impostas como necessárias para a validade dos contratos.

Capital Segurado

É o valor máximo para a cobertura contratada, a ser pago pela sociedade Seguradora na ocorrência do sinistro.

Carregamento

Importância destinada a atender às despesas administrativas e de comercialização.

Caso Fortuito/Força Maior

É o acontecimento imprevisto, independente da vontade humana, cujos efeitos não são possíveis de evitar ou impedir.

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 alteração de valores de capital Segurado ou prêmio.

Coberturas de Risco

Coberturas do seguro de pessoas, cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado, a uma data pré-determinada.

Condições Contratuais

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.

Condições Gerais

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.

Condições Especiais

Conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro.

Condições Particulares ou Específicas

Conjunto de cláusulas que alteram as condições Gerais e/ou Especiais de um plano de seguro, nos diferentes contratos de comercialização, modificando ou cancelando disposições já existentes, ou, ainda, introduzindo novas disposições e eventualmente ampliando ou restringindo a cobertura.

Contrato

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

Consignante

Pessoa jurídica responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos em folha de pagamento e pelo respectivo repasse em favor da sociedade Seguradora, correspondente aos prêmios devidos pelos Segurados.

D

Doenças Preexistentes

São as doenças ou lesões que os Segurados portavam e de que tinham conhecimento, quando da assinatura da Proposta de Adesão/Cartão-Proposta.

Dolo

Artifício fraudulento empregado pelo Segurado para constituir à Seguradora uma obrigação que esta não assumiu. Se provado, cancela automaticamente o seguro.

E

Endosso

É o documento, emitido pela Seguradora, que expressa qualquer tipo de alteração na Apólice.

Estipulante

Pessoa física ou jurídica que propõe a contratação de plano coletivo, ficando investida de poderes de representação do Segurado, nos termos da legislação e regulação em vigor, sendo identificado como estipulante-instituidor quando participar, total ou parcialmente, do custeio do plano, e como estipulante-averbador quando não participar do custeio.

Excedente Técnico

Saldo positivo obtido pela sociedade Seguradora na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período.

Evento

É toda e qualquer ocorrência ou acontecimento aleatório e futuro passível de ser coberto por um contrato de seguro. Neste seguro, é a morte do Segurado ou a sua invalidez permanente e total ocorrida durante o período de cobertura contratado.

F

Fator de cálculo

Resultado numérico, calculado mediante a utilização de taxa de juros e tábua biométrica, quando for o caso, utilizado para obtenção do valor do capital Segurado pagável sob a forma de renda.

Fraude

Qualquer ato ardisoso, enganoso, de má-fé, com o intuito de lesar ou ludibriar outrem, ou de não cumprir determinado dever; logro. O Código Penal, no art. 171, capitula como crime a fraude para recebimento de indenização ou valor de seguro.

G

Garantia

É a designação genérica utilizada para designar as responsabilidades pelos riscos assumidos pela Seguradora, também empregada como sinônimo de cobertura. As garantias deste plano estão descritas no item 4 destas condições gerais.

Grupo Segurado

É a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva.

Grupo Segurável

É a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao estipulante, que reúnem as condições para inclusão na apólice coletiva.

I

Indenização

É o valor a ser pago aos beneficiários indicados, em caso de morte do Segurado, ou ao próprio Segurado, em caso de sua invalidez permanente parcial ou total, cobertas por este seguro. Se o capital Segurado, na data da ocorrência do evento coberto, for maior do que o saldo devedor da dívida do prestamista, a diferença será paga a ele, no caso de sua invalidez permanente e total, ou a seus beneficiários, no caso de sua morte.

Indexador

É o índice adotado para atualização monetária dos valores relativos a este Plano, na forma estabelecida nestas condições gerais.

Índices de aceitação e manutenção

É a relação entre o número de Segurados e o número de componentes do grupo segurável, expressa em porcentagem, que consta das condições particulares deste contrato.

I

Início de Vigência

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

Invalidez Laborativa Permanente Total por Doença

É considerada invalidez laborativa permanente total por doença aquela para a qual se pode esperar recuperação ou reabilitação, com recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação, para atividade laborativa principal do segurado.

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)

Para fins deste seguro, é aquela conseqüente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente, decorrente de doença que inviabilize de forma irreversível o pleno Exercício das Relações Autônômicas do Segurado.

J

Juro de Mora

É o juro devido em face do pagamento do prêmio ou da indenização em atraso, estabelecido nos termos destas condições gerais.

L

Liquidação De Sinistro

Processo de pagamento de indenização ao Segurado ou a seus beneficiários.

M

Migração de apólices

É a transferência de apólice coletiva, em período não coincidente com o término da respectiva vigência.

N

Nota Técnica Atuarial

Documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano e que deverá ser protocolizado na SUSEP previamente à comercialização.

O

Omissão

No seguro, é a ocultação de fato ou circunstâncias que, se fossem revelados, levariam o Segurador a recusar o contrato, ou a aceitá-lo com agravações tarifárias e/ou outras condições.

P

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.

Partes Contratantes

Para os fins deste contrato, são os Segurados, Estipulante/Sub-Estipulante e a Seguradora.

Período de Cobertura

Aquele durante o qual o Segurado, ou os beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais Segurados contratados.

Plano de Seguro

É o conjunto de direitos e obrigações descritos nas condições gerais do seguro, em consonância com o disposto na respectiva Nota Técnica Atuarial. Os documentos que compõem um plano de seguro são: a Nota Técnica Atuarial e as Condições Contratuais.

Prazo de Carência

Período contado a partir da data de início de vigência do seguro ou do aumento do capital Segurado ou da recondução, no caso de suspensão, durante o qual, na ocorrência do sinistro, o Segurado ou os beneficiários não terão direito à percepção dos capitais Segurados contratados.

Prazo de Vigência

Período de tempo que determina a data de início e de término do contrato do seguro.

Prêmio

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

Prêmio Comercial

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

Prêmio puro

Valor correspondente ao prêmio pago, excluindo-se o carregamento, os impostos e o custo de emissão de apólice, se houver.

Prescrição

No seguro, é a perda da ação para reclamar os direitos ou a extinção das obrigações previstas nos contratos, em razão do transcurso dos prazos fixados na lei. A prescrição da ação do Segurado contra o Segurador e vice-versa é, via de regra, de um ano, se o fato que a autoriza se verificar no país, e de dois anos, quando se verificar fora do país, contando o prazo do dia em que o interessado tiver conhecimento do mesmo fato.

Proponente

O interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou aderir ao contrato, no caso de contratação coletiva.

Proposta de Adesão

Documento com declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação coletiva, manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Proposta de Contratação

Documento com a declaração dos elementos essenciais do interesse a ser garantido e do risco, em que o proponente, pessoa física ou jurídica, expressa a intenção de contratar uma cobertura (ou coberturas), manifestando pleno conhecimento das condições contratuais.

Pro-rata temporis

É um método de calcular-se o prêmio de seguro com base nos dias de vigência do contrato quando este for realizado por período inferior a um ano e sempre que não cabível o cálculo do prêmio a prazo curto.

Provisão Matemática de Benefícios Concedidos

É o valor atuarialmente equivalente aos compromissos futuros da Seguradora para com o beneficiário do seguro, no caso de transformação de indenização em renda.

R

Reabilitação do Seguro

Consiste no retorno da cobertura suspensa por não pagamento de prêmio.

Regime de Repartição Simples

É o regime financeiro por meio do qual é estabelecida uma taxa para custeio dos riscos assumidos através do seguro contratado nessa modalidade de regime, suficiente apenas para fazer face às despesas com os sinistros ocorridos durante o período de cobertura, não ocorrendo, dessa forma, a geração de recursos para devolução de prêmios aos Segurados, exceto a devolução de prêmios puros nos casos de suicídio nos primeiros dois anos de vigência do seguro ou de morte natural no período de carência total, caso contratada.

Renda

Série de pagamentos periódicos a que tem direito o assistido (ou assistidos), de acordo com a estrutura do plano.

Risco

Evento incerto, independente da vontade das partes, cuja ocorrência resulta em prejuízo de ordem econômica e contra o qual é feito o seguro.

Riscos Excluídos

São aqueles riscos, previstos nas condições gerais e/ou especiais, que não serão cobertos pelo plano.

S

Seguradora

É a FEDERAL DE SEGUROS S.A, a seguir denominada Seguradora, a qual operacionalizará este plano.

Segurado

É a pessoa física ou jurídica que, tendo interesse segurável, contrata o seguro, em seu benefício ou de terceiros.

Segurados Principais

Aquelas pessoas que mantêm vínculo com o Estipulante.

Segurados Dependentes

Os cônjuges, os filhos, enteados e menores, considerados dependentes do componente principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda.

Seguro de Pessoas com Capital Global

Modalidade de contratação coletiva da cobertura de risco, respeitados os critérios técnico-operacionais, forma e limites fixados, segundo a qual o valor do capital Segurado referente a

cada componente sofrerá variações decorrentes de mudanças na composição do grupo Segurado.

Sinistro

É a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

Subestipulante

Estipulante que se vincula a outro estipulante principal, que contrata a apólice.

3 - Objetivo do Seguro

3.1 - O presente seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização aos beneficiários do Segurado, caso este venha a falecer, observadas as Condições Gerais, a seguir enumeradas, Especiais e Suplementares, expressamente convencionadas.

3.2 - Desde que, expressamente declaradas neste seguro e de acordo com as Condições Gerais, Especiais e Suplementares, outras indenizações podem ser garantidas através de garantias adicionais.

4 - Garantias do Seguro

4.1 - As garantias deste seguro dividem-se em básica (obrigatória) e adicionais (facultativas):

4.1.1 - a garantia básica é a MORTE.

4.1.1.1 - a garantia básica, nos seguros de menores de até 14 (quatorze) anos inclusive, destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação das contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da FEDERAL, por outros comprovantes satisfatórios, incluindo-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado do corpo, não estando cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros. Somente haverá indenização por esta garantia se não for utilizada a garantia opcional FEDERAL CERIMONIAL FAMILIAR.

4.1.2 - As garantias adicionais são:

a) **INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE (IEA)** - É a garantia de pagamento de um capital proporcional ao da garantia básica, em caso de morte por acidente, conforme Condições Especiais em anexo;

b) **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)** - É a garantia do pagamento de uma indenização proporcional à garantia básica, relativa a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada por acidente, conforme Condições Especiais em anexo. A indenização por esta garantia não se acumula com a indenização por Morte por Acidente, quando decorrentes do mesmo acidente;

c) **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE (IPTA)** - É a garantia do pagamento de uma indenização proporcional à garantia básica, relativa a perda ou impotência funcional definitiva e total de um membro ou órgão em virtude de lesão física causada por acidente pessoal,

conforme Condições Especiais em anexo. A indenização por esta garantia não se acumula com a indenização por Morte por Acidente, quando decorrentes do mesmo acidente;

d) **INVALIDEZ LABORATIVA PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (ILPD)** é a antecipação do pagamento da indenização relativa a garantia básica em caso de invalidez permanente total, conseqüente de doença, conforme Condições Especiais de ILPD em anexo. Sendo reconhecida a invalidez pela Seguradora, o capital relativo à garantia básica será pago, a critério da FEDERAL, de uma só vez, ao próprio Segurado, ou em até 24 prestações mensais e sucessivas, atualizadas monetariamente e capitalizadas a juros reais de 6% a.a. na forma da Tabela Price. Se o segurado falecer durante o período de pagamento das prestações, é devida aos beneficiários a indenização imediata do restante do capital segurado. Sendo uma antecipação do pagamento da garantia básica (Morte), a indenização por esta garantia não poderá se acumular com aquela; assim, o pagamento da indenização total ou da primeira parcela, por essa invalidez, determinará o imediato cancelamento do seguro individual; ou ainda **INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IFPD)** - é a antecipação do pagamento da indenização relativa a garantia básica em caso de invalidez permanente total, conseqüente de doença, conforme Condições Especiais de IPPD em anexo. Sendo reconhecida a invalidez pela Seguradora, o capital relativo à garantia básica será pago, a critério da FEDERAL, de uma só vez, ao próprio Segurado, ou em até 24 prestações mensais e sucessivas, atualizadas monetariamente e capitalizadas a juros reais de 6% a.a. na forma da Tabela Price. Se o Segurado falecer durante o período de pagamento das prestações, é devida aos beneficiários a indenização imediata do restante do capital Segurado. Sendo uma antecipação do pagamento da garantia básica (Morte), a indenização por esta garantia não poderá se acumular com aquela. Assim, o pagamento da indenização total ou da primeira parcela, por essa invalidez, determinará o imediato cancelamento do seguro individual;

e) **FEDERAL CERIMONIAL INDIVIDUAL - ASSISTÊNCIA 24 HORAS** - É a garantia, opcional, para o Segurado, de uma indenização no valor do capital contratado para esse fim ou da prestação de um serviço completo de funeral, inclusive traslado dentro do território nacional, conforme Condições Especiais em anexo;

f) **FEDERAL CERIMONIAL FAMILIAR - ASSISTÊNCIA 24 HORAS** - É a garantia, opcional, para o Segurado, seu cônjuge e filhos (até 24 anos), de uma indenização no valor do capital contratado para esse fim ou da prestação de um serviço de funeral completo, inclusive traslado dentro do território nacional. Os familiares com direito a esta garantia devem ser expressamente indicados na proposta, de acordo com as Condições Especiais em anexo. Equiparam-se a filhos, para os efeitos desta garantia, os enteados e menores considerados dependentes do Segurado, de acordo com o regulamento da Secretaria da Receita Federal para fins de declaração do imposto de renda;

g) **AUXÍLIO FINANCEIRO** - É a garantia, opcional, do pagamento de uma indenização adicional, em caso de morte por qualquer causa (respeitado o período de carência) ou por invalidez permanente total, ao beneficiário indicado na proposta para este fim, em doze prestações mensais iguais e sucessivas, destinada ao pagamento de pequenas despesas, sem comprovação, de acordo com as Condições Especiais em anexo;

h) **CESTA BÁSICA** - É a garantia, opcional, de pagamento ao beneficiário do Segurado principal, indicado na proposta para esse fim, em caso de sua morte natural ou acidental, de um capital

predeterminado, destinado à compra de uma cesta básica mensal, durante 12 (doze) meses, conforme Condições Especiais anexas.

4.2 - Será obrigatória a contratação da garantia básica de Morte para a contratação das garantias adicionais.

5 - Garantias Suplementares

5.1 - A garantia básica e algumas adicionais e opcionais do seguro poderão ser estendidas ao cônjuge e/ou aos filhos do Segurado, desde que estes não façam parte do grupo segurável, conforme condições suplementares da apólice.

5.2 - Equipara-se ao cônjuge o(a) companheiro(a) do Segurado principal, se ao tempo do contrato, o Segurado for separado judicialmente, ou já se encontrar separado de fato.

5.3 - O CAPITAL Segurado DA GARANTIA BÁSICA DO CÔNJUGE OU DOS FILHOS NÃO PODERÁ, EM NENHUMA HIPÓTESE, SER SUPERIOR AO DO SEGURADO PRINCIPAL.

6 - Riscos Excluídos

6.1 - ESTÃO EXCLUÍDOS DA COBERTURA DO SEGURO, EM TODAS AS GARANTIAS, OS EVENTOS OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA:

A) DO USO DE MATERIAL NUCLEAR PARA QUAISQUER FINS, INCLUINDO EXPLOSÃO NUCLEAR PROVOCADA OU NÃO, BEM COMO A CONTAMINAÇÃO RADIOATIVA OU EXPOSIÇÃO A RADIAÇÕES NUCLEARES OU IONIZANTES;

B) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, DE GUERRA CIVIL, DE GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM, REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, SALVO PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR;

C) DE DOENÇAS PREEXISTENTES À CONTRATAÇÃO DO SEGURO, DE CONHECIMENTO DO SEGURADO, NÃO DECLARADAS NO CARTÃO-PROPOSTA, QUANDO ESTE É EXIGIDO;

D) DE ATOS ILÍCITOS DOLOSOS PRATICADOS PELO SEGURADO, PELO BENEFICIÁRIO OU PELO REPRESENTANTE LEGAL DE UM OU DE OUTRO;

E) DE SUICÍDIO OU TENTATIVA DE SUICÍDIO DO SEGURADO NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE VIGÊNCIA INICIAL DO CONTRATO DE SEGURO INDIVIDUAL, OU A CONTAR DA SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO. EM TAIS CASOS OS BENEFICIÁRIOS NÃO TERÃO DIREITO A NENHUMA INDENIZAÇÃO, FICANDO TODAVIA ASSEGURADA AOS MESMOS A DEVOLUÇÃO, PELA FEDERAL, DOS PRÊMIOS PUROS EFETIVAMENTE PAGOS, OU SEJA, O MONTANTE DOS PRÊMIOS COMERCIAIS PAGOS, DEDUZIDO DOS VALORES RELATIVOS AO CARREGAMENTO DO PLANO.

7 - Âmbito Territorial da Cobertura

7.1 - O âmbito territorial de cobertura do seguro é o globo terrestre, exceto para a prestação de

serviços de funeral, prevista nas garantias de cerimonial individual e cerimonial familiar, a qual limitar-se-á ao território nacional.

7.2 - Eventuais encargos de tradução de documentos originados de outros Países ficarão a cargo da FEDERAL.

8 - Condições de Aceitação e Inclusão no Seguro

8.1 - A inclusão dos componentes seguráveis do grupo na apólice, principais e dependentes, é feita por adesão a este seguro e das seguintes formas, conforme declaração constante deste contrato:

a) automática, por relação, quando o seguro abranger todos os componentes, cuja cobertura seja contratada por conta e ordem do Estipulante;

b) facultativa, quando feita mediante o preenchimento e a apresentação à FEDERAL de proposta individual de seguro, com declaração pessoal de saúde;

b.1) - a FEDERAL disporá de um prazo de 15 (quinze) dias para análise, aceitação ou recusa da proposta, contados da data de seu recebimento, em caso de seguro novo ou de repactuação. Caso o prêmio tenha sido pago dentro do período de análise, durante o restante do prazo haverá cobertura condicional do seguro nas bases constantes da proposta. Findo esse prazo, não havendo manifestação em contrário, a aceitação do seguro é automática. Se a FEDERAL solicitar documentos ou exames complementares, o prazo de 15 dias sofrerá suspensão, voltando a correr a partir da entrega da documentação solicitada;

b.2) - no caso de não aceitação da proposta de seguro por parte da FEDERAL, em que já tenha havido o pagamento do prêmio, a cobertura condicional cessará na data da formalização da recusa do seguro. Os valores pagos serão devolvidos, descontado o período em que vigorou a cobertura, atualizados pelo IGPM-FGV, "pro rata temporis", pelo prazo decorrido da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição;

b.3) - a não aceitação da proposta será comunicada ao Segurado por escrito.

8.2 - Certificados Individuais

8.2.1 - A cada Segurado incluído na apólice deverá ser enviado um "Certificado Individual", com os seguintes elementos mínimos:

a) início e final da vigência do seguro do Segurado principal e dos dependentes;

b) capitais Segurados de cada garantia, relativamente ao Segurado principal e aos dependentes incluídos e,

c) beneficiários.

8.2.2 - O Certificado Individual pode deixar de ser emitido por solicitação do Estipulante, sendo, neste caso, compromisso deste transmitir os elementos mínimos mencionados no subitem anterior, através de outros meios de comunicação (circulares internas, contracheques e outros).

8.2.3 - Deve ser incluída no Certificado Individual informação de que cada Segurado, a qualquer tempo, poderá expressamente designar ou substituir os beneficiários do seguro.

8.2.4 - Caberá ao Segurado manter atualizado o seu endereço para comunicações.

8.3 - Início de Cobertura de Cada Segurado

8.3.1 - O início de vigência do risco individual ocorrerá às 24 horas do dia da aceitação da proposta ou outro solicitado pelo proponente, se o prêmio não for pago antecipadamente. Havendo pagamento, considera-se o início na data deste pagamento ou em outro dia se solicitado expressamente pelo proponente.

9 - Cessação da Cobertura de Cada Segurado

9.1 - A COBERTURA DE CADA Segurado CESSA NO FINAL DO PRAZO DE VIGÊNCIA DA APÓLICE, SE ESTA NÃO FOR RENOVADA, OBSERVANDO-SE EM QUALQUER CASO, QUE D -SE AUTOMATICAMENTE A CADUCIDADE DO SEGURO, FICANDO A SEGURADORA ISENTA DE QUALQUER RESPONSABILIDADE, SE O SEGURADO, SEUS PREPOSTOS OU BENEFICIÁRIOS AGIREM COM DOLO, FRAUDE, SIMULA O OU CULPA GRAVE NA CONTRATA O OU NA REPACTUA O DO SEGURO OU, AINDA, PARA OBTER OU PARA MAJORAR A INDENIZA O.

9.2 - RESPEITADO O PERÍODO CORRESPONDENTE AO PRÊMIO PAGO, A COBERTURA DO SEGURADO PRINCIPAL CESSA, AINDA:

- a) COM O DESAPARECIMENTO DO VÍNCULO ENTRE O SEGURADO E O ESTIPULANTE, E
- b) QUANDO O SEGURADO SOLICITAR SUA EXCLUSÃO DA APÓLICE OU QUANDO DEIXAR DE PAGAR O PRÊMIO.

9.2.1 - NO CASO DA ALÍNEA "a", O SEGURADO PODE OPTAR POR CONTINUAR SEGURADO DA FEDERAL, ASSUMINDO OS CUSTOS DO RISCO E DE COBRANÇA OU AJUSTANDO O CAPITAL SEGURADO   PARCELA DO CUSTEIO SOB SUA RESPONSABILIDADE.

9.3 - A GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL DO COMPONENTE SERÁ RESCINDIDA INTEGRALMENTE QUANDO OCORRER A INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL E SERÁ RESCINDIDA PARCIALMENTE, ATÉ O MONTANTE DA INDENIZA O, QUANDO OCORRER A INVALIDEZ PARCIAL DO SEGURADO.

9.4 - O SEGURO DO COMPONENTE SERÁ RESCINDIDO INTEGRALMENTE NO CASO DE MORTE DO SEGURADO OU DE PAGAMENTO DE INDENIZA O DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IPD).

9.5 - NO CASO DO PAGAMENTO DA INDENIZA O POR INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA EM PRESTA OES MENSAS, A RESCISÃO OCORRERÁ APÓS O PAGAMENTO DA PRIMEIRA PRESTA O.

9.6 - ALÉM DAS SITUA OES MENCIONADAS ANTERIORMENTE, A COBERTURA DE CADA SEGURADO DEPENDENTE CESSA:

- a) SE FOR CANCELADA A RESPECTIVA CLÁUSULA SUPLEMENTAR;
- b) COM A MORTE DO SEGURADO PRINCIPAL;
- c) NO CASO DE CESSA O DA CONDI O DE DEPENDENTE, E
- d) A PEDIDO DO SEGURADO PRINCIPAL.

10 - Suspensão e Reabilitação da Cobertura

10.1 - A FALTA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO, POR DÉBITO EM CONTA, CARNÊ OU CONSIGNAÇÃO EM FOLHA DE PAGAMENTO, DE QUALQUER PARCELA NO SEU VENCIMENTO, SUSPENDERÁ, AUTOMATICAMENTE, AS COBERTURAS DESTE SEGURO ATÉ A SUA REABILITAÇÃO, A QUAL PODERÁ SER EFETIVADA ATÉ O PRAZO MÁXIMO DE 90 (NOVENTA) DIAS, DESDE QUE NÃO TENHA OCORRIDO SINISTRO. A REABILITAÇÃO DA APÓLICE OU DO CERTIFICADO SE DARÁ A PARTIR DO PRIMEIRO DIA DE COBERTURA A QUE SE REFERIR O PRÊMIO RECEBIDO, RESPONDENDO A FEDERAL PELOS SINISTROS QUE OCORREREM DESSA DATA EM DIANTE.

10.2 - APÓS 90 (NOVENTA) DIAS DE INADIMPLÊNCIA, O SEGURO INDIVIDUAL SERÁ CANCELADO AUTOMATICAMENTE, NÃO HAVENDO MAIS POSSIBILIDADE DE REABILITAÇÃO.

10.3 - CASO SEGURADO PRETENDA REINGRESSAR NA APÓLICE POSTERIORMENTE, DEVERÁ PREENCHER NOVA PROPOSTA, COM NOVA DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

11 - Prazo de Vigência da Apólice, Endossos e Certificados

11.1 - Esta apólice, seus endossos e certificados individuais, terão início e fim de vigência às 24 horas dos respectivos dias indicados em suas condições particulares, espelhos e textos.

12 - Renovação da Apólice

12.1 - A RENOVAÇÃO DESTA APÓLICE É AUTOMÁTICA AO FIM DO PRIMEIRO PERÍODO DE VIGÊNCIA, SALVO SE A FEDERAL OU O ESTIPULANTE COMUNICAREM O DESINTERESSE PELA MESMA, MEDIANTE AVISO PRÉVIO DE 60 (sessenta) DIAS ANTES DE SEU VENCIMENTO.

12.2 - AS RENOVAÇÕES SEGUINTE SERÃO REALIZADAS MEDIANTE EMISSÃO DE ADITIVO ESPECÍFICO AO CONTRATO, DESDE QUE A SEGURADORA E O ESTIPULANTE NÃO SE MANIFESTEM EM CONTRÁRIO ATÉ 30 DIAS ANTES DO ANIVERSÁRIO DA APÓLICE.

12.3 - Em cada renovação serão obrigatoriamente encaminhados novos certificados individuais aos Segurados.

13 - Cancelamento da Apólice

13.1 - O presente contrato de seguro poderá ser rescindido a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes contratantes.

13.2 - A FEDERAL poderá rescindir o contrato mediante aviso prévio de 30 (trinta) dias no mínimo, caso a natureza dos riscos venha a sofrer alterações que o tornem incompatível com as condições mínimas de manutenção e desde que não haja acordo entre as partes contratantes quanto à reavaliação das taxas.

13.2.1 - O prêmio a devolver ou a cobrar será proporcional ao período a que se refere, observado o disposto nas normas em vigor.

13.2.2 - Quando o seguro for contributivo, ressalvada a hipótese prevista no subitem 13.2, a Apólice somente poderá ser cancelada quando expirar o prazo de sua validade ou, antes disso, se houver o mútuo e expresso consenso das partes contratantes ou, ainda, por inadimplência caracterizada nos termos deste contrato.

13.2.3 - Quando o seguro for não contributivo poderá ser cancelada a Apólice, em qualquer época, por mútuo e expresso consenso das partes contratantes, mediante a formalização de aviso prévio, por escrito, com pelo menos 30 (trinta) dias de antecedência.

14 - Capital Segurado

14.1 - Para fins deste seguro, capital Segurado é a importância máxima a ser paga ou reembolsada em função do valor estabelecido para cada garantia, vigente na data do evento.

14.2 - Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do capital Segurado:

a) na garantia básica, a data do falecimento;

b) nas garantias de Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA) e de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA), a data do acidente;

c) nas garantias Auxílio Financeiro, Cesta Básica e FEDERAL Cerimonial, a data do falecimento;

d) na garantia de Invalidez Laborativa Permanente por Doença (ILPD), ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD), a data da determinação de invalidez por doença.

14.3 - A FEDERAL PODERÁ RECUSAR OU ACEITAR SOB RESTRIÇÕES OU CONDIÇÕES ESPECIAIS, O CAPITAL DA GARANTIA BÁSICA QUE ULTRAPASSAR O SEGUINTE LIMITE:

$L = C + 2 D$, ONDE:

L = É O LIMITE DO CAPITAL Segurado

C = É O CAPITAL SEGURADO MÉDIO

D = É O DESVIO PADRÃO DOS CAPITAIS SEGURADOS, DO GRUPO SEGURÁVEL OU SEGURADO.

15 - Atualização Monetária

15.1 - Esta cláusula tem o objetivo específico de proteger o proponente, contratante do seguro, garantindo-lhe a preservação do valor segurado, mesmo diante da ocorrência de inflação no país.

15.2 - Os capitais segurados e os correspondentes prêmios mensais, serão atualizados, anualmente, sempre no dia 1º de agosto, na exata proporção da variação positiva do Índice Geral de Preços para o Mercado – IGP-M/FGV, calculado e divulgado pela FGV (Fundação Getúlio Vargas) verificado nos últimos doze meses, apurada até o mês de maio, inclusive.

15.3 - Este mesmo critério de atualização de valores dos capitais e dos prêmios, será sempre observado, independentemente de aviso ou interpelação, a cada período de doze meses, enquanto permanecer em vigor o contrato de seguro.

15.4 - Se por ventura, o IGP-M/FGV for suprimido, ou extinto, ou a sua variação venha a ser

negativa, por qualquer motivo, será adotado, com o fim precípua de proteger e manter íntegros da corrosão da moeda pela inflação, os capitais segurados, como índice substituto de correção, um na falta do outro caso extintos ou suprimidos, ou que venham a ter variações negativas, na seguinte ordem, sempre observando a aplicação da variação positiva apurada: Índice Geral de Preços ao Consumidor Amplo, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IPCA/IBGE; Índice Nacional de Preços ao Consumidor, da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – INPC/IBGE; Índice Geral de Preços – Disponibilidade Interna, da Fundação Getúlio Vargas – IGP-DI/FGV; Índice Geral de Preços ao Consumidor, da Fundação Getúlio Vargas – IPC/FGV; Índice de Preços ao Consumidor, da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo – IPC/FIPE.

15.5 - Na hipótese de todos os itens elencados apresentarem variações negativas, no período de apuração, o que caracterizará inflação negativa naquele período, os valores dos capitais e prêmios, permanecerão nos mesmos valores, sem alteração portanto.

15.6 - Os capitais e prêmios dos Segurados que tiverem ingressado na apólice há menos de um ano da data da atualização, serão reajustados considerando-se a variação positiva do índice considerado, calculada "pro rata temporis".

15.7 - Se futura legislação, ou ato oficial, permitir periodicidade de atualização dos capitais e prêmios, em menor espaço de tempo do que aquele estabelecido neste contrato, ou se houver qualquer alteração nas condições legais a que a Seguradora esteja obrigada a cumprir, de pleno direito, automática e independentemente de aviso ou notificação, as atualizações passarão a ser efetuadas de acordo com a menor periodicidade permitida e/ou de acordo com o novo ordenamento legal.

15.8 - As atualizações de capitais se aplicam a todos os Segurados, inclusive aos aposentados e afastados do serviço ativo, aos quais é garantida a aplicação do mesmo critério de reajuste adotado para os componentes ativos.

16 - Reajuste de Taxas Individuais por Idade ou Faixa Etária

16.1 - DESDE QUE PREVISTO NAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DO CONTRATO, AS TAXAS INDIVIDUAIS SERÃO REAJUSTADAS SEMPRE QUE O SEGURADO ATINGIR A IDADE INICIAL DA FAIXA ETÁRIA IMEDIATAMENTE SUPERIOR . A TAXA ASSIM AJUSTADA VIGERÁ A PARTIR DO MÊS SEGUINTE AO DO ANIVERSÁRIO DO SEGURADO .

17 - Carência

17.1 - Poderá ser adotado período de carência para morte por causas naturais, por período não excedente à metade do prazo de vigência previsto pela apólice, contado da data de início de vigência do seguro individual, podendo a Federal, a seu critério, substituir a carência por Declaração Pessoal de Saúde.

17.1.1 - A carência poderá ser total no período contratado ou escalonada, conforme condições particulares da apólice.

17.1.2 - Para sinistros decorrentes de acidentes pessoais não poderá ser estabelecido prazo de

carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a dois anos ininterruptos, contados da data de contratação ou de adesão ao seguro, ou de sua recondução depois de suspenso.

17.2 - O prazo de carência será aplicado aos aumentos de capital Segurado solicitados após o início de vigência da apólice.

17.3 - No caso de migração do grupo Segurado de outra Seguradora, não será iniciada a contagem de novo prazo de carência para os Segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.

17.4 - Não havendo indenização para morte por causas naturais, em razão desta cláusula, inexistirá também indenização para as garantias adicionais de Auxílio Financeiro, Cesta Básica e Federal Cerimonial.

17.5 - Ocorrendo a morte natural do Segurado no período de carência, a Seguradora devolverá aos beneficiários os prêmios puros efetivamente pagos até aquela data, relativos às garantias Básica e adicionais de Auxílio Financeiro, Cesta Básica e Federal Cerimonial, ou seja, o montante dos respectivos prêmios comerciais pagos, deduzido dos valores relativos ao carregamento do plano (despesas de administração e comercialização).

18 - Pagamento do Prêmio

18.1 - Para fins deste seguro e de acordo com a declaração constante das condições específicas do contrato o custeio poderá ser:

- a) não contributário, em que os Segurados não pagam prêmio, ou
- b) contributário, em que os Segurados pagam prêmios total ou parcialmente.

18.2 - QUALQUER INDENIZAÇÃO SOMENTE PASSA A SER DEVIDA DEPOIS QUE O PAGAMENTO DO PRÊMIO HOUVER SIDO REALIZADO PELO SEGURADO OU ESTIPULANTE, O QUE DEVE SER FEITO, NO MÁXIMO, ATÉ A DATA LIMITE PREVISTA NO RESPECTIVO DOCUMENTO DE COBRANÇA.

18.2.1 - SE O SINISTRO OCORRER DENTRO DO PRAZO PARA PAGAMENTO DO PRÊMIO, O DIREITO À INDENIZAÇÃO NÃO FICA PREJUDICADO SE O MESMO FOR REALIZADO AINDA NAQUELE PRAZO.

18.3 - A DATA LIMITE PARA PAGAMENTO DO PRÊMIO NÃO PODERÁ ULTRAPASSAR O 30º DIA DA EMISSÃO DA APÓLICE, DA FATURA OU DA CONTA MENSAL, DO ADITIVO DE RENOVAÇÃO, DOS ADITIVOS OU ENDOSSOS, DOS QUAIS RESULTE AUMENTO DO PRÊMIO.

18.4 - QUANDO A DATA LIMITE CAIR EM DIA EM QUE NÃO HAJA EXPEDIENTE BANCÁRIO, O PAGAMENTO DO PRÊMIO PODERÁ SER EFETUADO NO PRIMEIRO DIA ÚTIL EM QUE HOUVER EXPEDIENTE BANCÁRIO.

18.5 - DECORRIDOS OS PRAZOS REFERIDOS NOS ITENS ANTERIORES SEM QUE TENHA SIDO QUITADO O RESPECTIVO DOCUMENTO DE COBRANÇA, O CONTRATO OU ADITAMENTO A ELE REFERENTE FICARÁ AUTOMATICAMENTE E DE PLENO DIREITO CANCELADO, INDEPENDENTE DE QUALQUER INTERPELAÇÃO JUDICIAL OU EXTRAJUDICIAL, SEM QUE CAIBA RESTITUIÇÃO DE

QUALQUER PARCELA DO PRÊMIO JÁ PAGA.

18.5.1 - NOS SEGUROS COLETIVOS CONTRIBUTÁRIOS, SE O ESTIPULANTE DEIXAR DE PAGAR À FEDERAL, OS PRÊMIOS RECOLHIDOS DOS SEGURADOS, NO PRAZO FIXADO NAS CONDIÇÕES PARTICULARES DESTA APÓLICE, A COBERTURA ESTARÁ SUSPensa AUTOMATICAMENTE, FICANDO O ESTIPULANTE SUJEITO ÀS COMINAÇÕES LEGAIS.

18.5.2 – NOS SEGUROS CONTRATADOS COM PREVISÃO DE CONSIGNAÇÃO EM FOLHA (CLASSE "C"), SE A FEDERAL NÃO RECEBER O PRÊMIO RECOLHIDO PELO COSIGNANTE, OS SEGURADOS NÃO SERÃO PREJUDICADOS NO DIREITO À COBERTURA DO SEGURO E DEMAIS DIREITOS OFERECIDOS NO CONTRATO.

18.6 - NO CASO DA COBRANÇA DO PRÊMIO SE EFETUAR ATRAVÉS DE DESCONTO OU CONSIGNAÇÃO EM FOLHA, O EMPREGADOR, SALVO NOS CASOS DE CANCELAMENTO DA APÓLICE, SOMENTE PODERÁ INTERROMPER O RECOLHIMENTO EM CASO DE PERDA DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO OU MEDIANTE PEDIDO FORMAL DO SEGURADO.

18.7 - O PEDIDO EXPRESSO DE CANCELAMENTO DA AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO POR PARTE DO SEGURADO, RETIRA DO ESTIPULANTE OU CONSIGNANTE, A OBRIGATORIEDADE DE COBRANÇA E REPASSE DO RESPECTIVO PRÊMIO, PASSANDO O PRÓPRIO SEGURADO A RESPONDER PELO RECOLHIMENTO DO VALOR DOS PRÊMIOS SOB SUA RESPONSABILIDADE, CASO POSSUA INTERESSE NA CONTINUIDADE DA COBERTURA.

18.8 - NA COBRANÇA DE PRÊMIO MEDIANTE CARNÊ, A FEDERAL DEVE PROVIDENCIAR PARA QUE O SEGURADO RECEBA O NOVO CARNÊ DE PAGAMENTO ATÉ 30 DIAS ANTES DO VENCIMENTO DE SUA PRIMEIRA PARCELA.

18.8.1 - CASO O SEGURADO NÃO RECEBA O NOVO CARNÊ ATÉ O PRAZO ESTABELECIDO E DESDE QUE NÃO TENHA HAVIDO CANCELAMENTO DA APÓLICE É SEU DIREITO EFETUAR O PAGAMENTO DO PRÊMIO, MEDIANTE DEPÓSITO BANCÁRIO NA CONTA INDICADA NO CARNÊ ANTERIOR, O QUE DEVE SER FEITO ANTES DO INÍCIO DO NOVO PERÍODO DE COBERTURA.

18.9 - É VEDADO AO ESTIPULANTE RECOLHER DOS SEGURADOS, A TÍTULO DE PRÊMIO DO SEGURO, QUALQUER VALOR ALÉM DO FIXADO PELA FEDERAL E A ELA DEVIDO; CASO O ESTIPULANTE RECEBA, JUNTAMENTE COM O PRÊMIO, QUALQUER QUANTIA QUE LHE FOR DEVIDA, SEJA A QUE TÍTULO FOR, FICA OBRIGADO A DESTACAR NO DOCUMENTO UTILIZADO NA COBRANÇA O VALOR DO PRÊMIO DE CADA SEGURADO.

18.10 - EM CASO DE ATRASO NO PAGAMENTO DE PRÊMIOS, OS VALORES RESPECTIVOS ESTARÃO SUJEITOS À ATUALIZAÇÃO AUTOMÁTICA, PELA VARIAÇÃO POSITIVA DO IGPM-FGV OCORRIDA ENTRE A DATA DO VENCIMENTO E A DO EFETIVO PAGAMENTO, MULTA DE 2% (DOIS POR CENTO) E JUROS DE MORA DE 6% (SEIS POR CENTO) AO ANO;

18.10.1 - FICA VEDADA A COBRANÇA AO SEGURADO DE TAXA DE INSCRIÇÃO OU DE INTERMEDIACÃO.

18.11 - DESDE QUE PREVISTO O REAJUSTE DE TAXAS NAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DO CONTRATO, OS PRÊMIOS DE CADA SEGURADO SERÃO ALTERADOS DE ACORDO COM A SUA FAIXA ETÁRIA, AJUSTANDO-SE À NOVA TAXA A PARTIR DO MÊS SEGUINTE AO DO SEU ANIVERSÁRIO.

18.12 - A PRESENTE CLÁUSULA PREVALECE SOBRE QUAISQUER OUTRAS CONDIÇÕES QUE DISPUSEREM EM CONTRÁRIO.

19 - Beneficiários

19.1 - Ao preencher a proposta, deverá o proponente indicar o(s) beneficiário(s) do seguro, isto é, a(s) pessoa(s) a quem deverá ser paga a indenização em caso de morte. É válida a indicação do companheiro como beneficiário, se ao tempo do contrato o Segurado for separado judicialmente, ou já se encontrar separado de fato.

19.2 - Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital Segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

19.3 - O beneficiário da indenização por morte, devida pela garantia suplementar de inclusão de cônjuge e ou filhos, será sempre o Segurado principal.

19.4 - Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do Segurado principal e do(s) Segurado(s) dependente(s), a indenização referente à cobertura do(s) Segurado(s) dependente(s) será paga aos herdeiros legais do Segurado, caso exista o pagamento de prêmio para a cobertura suplementar.

19.5 - Se o Segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade. Se a FEDERAL não for cientificada oportunamente da substituição, desobrigar-se-á pagando o capital Segurado ao antigo beneficiário.

19.6 - Nos contratos em que os componentes convencionam pagar prestações ao Estipulante para amortizar dívida contraída ou, para atender a compromisso assumido, o primeiro beneficiário é o próprio Estipulante, pelo valor do saldo da dívida ou compromisso. A diferença que ultrapassar o saldo será paga a um segundo beneficiário, indicado pelo componente.

19.7 - O Estipulante também será o beneficiário quando assumir o custeio da formação, aperfeiçoamento ou especificação profissional do componente ou pessoa por ele indicada, conforme dispuser o contrato do seguro.

19.8 - O SEGURADO PODERÁ SUBSTITUIR SEUS BENEFICIÁRIOS, A QUALQUER TEMPO, MEDIANTE AVISO ESCRITO À FEDERAL.

19.9 - NENHUMA ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS TERÁ VALIDADE SE NÃO CONSTAR DE DECLARAÇÃO ESCRITA ASSINADA PELO SEGURADO.

20 - Liquidação de Sinistros

20.1 - Ocorrendo um sinistro que possa acarretar a responsabilidade da FEDERAL, deverá ser ele comunicado prontamente, pelo Segurado, seu representante ou pelos beneficiários, mediante

as providências relacionadas a seguir:

20.1.1 - No caso de morte do Segurado ou de familiar o beneficiário poderá acionar o FEDERAL CERIMONIAL - ASSISTÊNCIA 24 HORAS, pelo telefone indicado nas Condições Especiais e em seu cartão do FEDERAL CERIMONIAL, e informar os seguintes dados: NOME DO SEGURADO, NOME DO FALECIDO, DATA DE NASCIMENTO DO FALECIDO, ENDEREÇO OU LOCAL ONDE SE ENCONTRA O CORPO E TELEFONE PARA CONTATO. Após a comunicação telefônica, deverá ser formalizado o AVISO DE SINISTRO, na Sucursal ou Representação local da FEDERAL, e entregue a CERTIDÃO DE ÓBITO do falecido.

20.1.2 - Em se tratando da morte do Segurado (principal, cônjuge ou filho), além da apresentação do último CERTIFICADO DE SEGURO (original ou cópia) e cópia autenticada do último CONTRACHEQUE pago, comprovante de débito em conta bancária ou carnê quitado (para fins de verificação de data de pagamento), será necessário o PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO AVISO DE SINISTRO DE PESSOAS, com DECLARAÇÃO DO MÉDICO que o assistiu.

20.1.3 - A habilitação dos beneficiários respectivos será feita mediante PROVA DE IDENTIDADE. Quando o pagamento da indenização não puder ser feito diretamente ao beneficiário, será exigida comprovação da regularidade de sua representação para fins de recebimento da indenização.

20.1.4 - Em se tratando de morte acidental do Segurado principal, cônjuge ou filho, além dos documentos citados, deverão ser apresentados o REGISTRO POLICIAL DE OCORRÊNCIA e o LAUDO DE EXAME CADAVERÍCO. Se aberto INQUÉRITO POLICIAL, também será exigida uma CERTIDÃO deste.

20.1.5 - Em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, além dos documentos citados nos subitens 20.2 e 20.2.1, deverá ser preenchido formulário específico de AVISO DE SINISTRO. Conforme Condição Especial Para Garantia Especial de IFPD, anexo.

20.1.6 - Em caso de invalidez permanente parcial ou total do Segurado ou do cônjuge, causada por acidente pessoal, serão exigidos, além dos documentos citados nos mesmos subitens acima, o preenchimento do AVISO DE SINISTRO, COMPROVAÇÃO DO ACIDENTE E DECLARAÇÃO MÉDICA com o grau de invalidez verificado.

20.1.7 - Divergências sobre a causa, natureza ou extensão das lesões, bem como a avaliação da incapacidade devem ser submetidas a uma junta médica constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela FEDERAL, outro pelo Segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados. Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo componente e pela FEDERAL.

21 - Pagamento da Indenização

21.1 - A FEDERAL EFETUARÁ O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, NO PRAZO MÁXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA, POR PARTE DO SEGURADO OU DOS BENEFICIÁRIOS, DESDE QUE RECONHECIDO O DIREITO À INDENIZAÇÃO. ESSE PRAZO TERÁ A SUA CONTAGEM SUSPensa, EM CASO DE DÚVIDA FUNDADA E JUSTIFICÁVEL, QUE DETERMINE A SOLICITAÇÃO DE NOVA DOCUMENTAÇÃO PELA FEDERAL, OU DA NECESSIDADE DE PERÍCIA MÉDICA, SENDO REINICIADO APÓS O ATENDIMENTO COMPLETO

DE TODAS AS EXIGÊNCIAS.

21.2 - CASO SEJA EXCEDIDO O PRAZO ACIMA, A INDENIZAÇÃO SERÁ ATUALIZADA PELA VARIAÇÃO DO IGPM-FGV, OU OUTRO ÍNDICE OFICIAL ACORDADO COM O ESTIPULANTE. A ATUALIZAÇÃO SERÁ EFETUADA COM BASE NA VARIAÇÃO POSITIVA APURADA ENTRE O ÚLTIMO ÍNDICE PUBLICADO ANTES DA DATA DO EVENTO E AQUELE PUBLICADO IMEDIATAMENTE ANTES DA DATA DA EFETIVA LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO.

21.2.1 - NESSE CASO, O VALOR DA INDENIZAÇÃO SERÁ ACRESCIDO DE JUROS MORATÓRIOS CALCULADOS PELA TAXA DE 6% (SEIS POR CENTO) AO ANO, A CONTAR DO PRIMEIRO DIA POSTERIOR AO TÉRMINO DO PRAZO DE 30 DIAS FIXADO ACIMA.

21.3 - AS INDENIZAÇÕES POR MORTE, INVALIDEZ TOTAL POR DOENÇA OU INVALIDEZ TOTAL POR ACIDENTE PODEM SER PAGAS INTEGRAL OU PARCIALMENTE, SOB A FORMA DE RENDA CERTA, DESDE QUE TENHA HAVIDO OPÇÃO EXPRESSA DO COMPONENTE NESTE SENTIDO, E MEDIANTE A INCLUSÃO DA CLÁUSULA ESPECIAL DE TRANSFORMAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EM RENDA, NAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DO CONTRATO.

21.4 - NOS SEGUROS EM QUE O ESTIPULANTE ASSUMIR O CUSTEIO DE FORMAÇÃO, APERFEIÇOAMENTO OU ESPECIALIZAÇÃO PROFISSIONAL DE PESSOA INDICADA PELO COMPONENTE PRINCIPAL, A INDENIZAÇÃO PODE SER PAGA NA FORMA DE RENDA ALEATÓRIA, DESDE QUE TENHA HAVIDO OPÇÃO EXPRESSA, NESTE SENTIDO, NA CONTRATAÇÃO DO SEGURO E INCLUSÃO DE CLÁUSULA PRÓPRIA NAS CONDIÇÕES ESPECÍFICAS DO CONTRATO.

22 - Perda do Direito à Indenização

22.1 - A FEDERAL NÃO PAGARÁ QUALQUER INDENIZAÇÃO COM BASE NO PRESENTE SEGURO, CASO HAJA POR PARTE DO SEGURADO, SEUS PREPOSTOS OU SEUS BENEFICIÁRIOS:

- A) INEXATIDÃO OU OMISSÃO NAS DECLARAÇÕES CONSTANTES DA PROPOSTA DO SEGURO;
- B) INOBSERVÂNCIA DAS OBRIGAÇÕES CONVENCIONADAS NESTE SEGURO, E
- C) FRAUDE OU TENTATIVA DE FRAUDE SIMULANDO SINISTRO OU AGRAVANDO SUAS CONSEQÜÊNCIAS.

23 - Reintegração

23.1 - A FEDERAL procederá a reintegração automática da Garantia Adicional de Invalidez Permanente Total ou Parcial do componente, nos casos previstos na Cláusula 9 destas Condições Gerais, subitem 9.3, quando ocorrer a rescisão parcial da cobertura até o montante do valor deduzido da garantia, sem cobrança de prêmio adicional.

24 - Material de Divulgação

24.1 - A PROPAGANDA E A PROMOÇÃO DO SEGURO, POR PARTE DO ESTIPULANTE E/OU CORRETOR, SOMENTE PODEM SER FEITAS COM AUTORIZAÇÃO EXPRESSA E SUPERVISÃO DA

FEDERAL, RESPEITADAS AS CONDIÇÕES DA APÓLICE E AS NORMAS DO SEGURO, FICANDO A FEDERAL RESPONSÁVEL PELA FIDELIDADE DAS INFORMAÇÕES CONTIDAS NAS DIVULGAÇÕES FEITAS.

25 - Existência de Outros Seguros

25.1 - O Segurado se obriga:

- a) a declarar na proposta do seguro a existência de quaisquer outros seguros de vida e,
- b) a comunicar imediatamente à FEDERAL, por escrito, a efetivação posterior de outros seguros de Vida.

26 - Regime Financeiro

26.1 - TENDO EM VISTA HAVER SIDO ESTE PLANO ESTRUTURADO NO REGIME FINANCEIRO DE REPARTIÇÃO SIMPLES, NÃO ESTÁ PREVISTA QUALQUER DEVOLUÇÃO OU RESGATE DE PRÊMIOS AO SEGURADO, EXCETO DEVOLUÇÃO DO PRÊMIO PURO EFETIVAMENTE PAGO PARA A GARANTIA BÁSICA E ADICIONAIS DE AUXÍLIO FINANCEIRO, CESTA BÁSICA E CERIMONIAL, EM CASO DE CARÊNCIA PARA MORTE NATURAL ESTABELECIDAS NAS CONDIÇÕES ESPECIAIS DA APÓLICE, OU DO PRÊMIO PURO EFETIVAMENTE PAGO PARA TODAS AS GARANTIAS, EM CASO DE SUICÍDIO NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL.

27 - Alterações

27.1 - NÃO SERÁ VÁLIDA NENHUMA ALTERAÇÃO DURANTE A VIGÊNCIA DESTE CONTRATO, QUE IMPLIQUE ÔNUS PARA OS SEGURADOS OU RESTRIÇÃO NAS GARANTIAS, SE NÃO FOR FEITA POR ESCRITO, COM A CONCORDÂNCIA EXPRESSA DE SEGURADOS QUE REPRESENTEM TRÊS QUARTOS DO GRUPO SEGURADO.

28 - Distribuição de Excedente Técnico

28.1 - Para os grupos de classe A, com média mensal mínima de 500 componentes no período de vigência, poderá ser incluída na apólice Cláusula Especial de Distribuição de Excedente Técnico, mediante acordo entre as partes contratantes, estabelecidas as condições de distribuição abaixo, ao estipulante e/ou aos Segurados do grupo, dos resultados técnicos da apólice.

28.1.1 - Consideram-se como receitas para fins de apuração dos resultados técnicos, no mínimo:

- a) prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos;
- b) estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos.

28.1.2 - São despesas mínimas para os mesmos fins do subitem 28.1.1 desta cláusula:

- a) comissões de corretagem pagas durante o período;
- b) comissões de administração ("pro-labore") pagas durante o período;
- c) comissões de agenciamento pagas durante o período;
- d) valor total dos sinistros em qualquer época e ainda não considerados até o fim do período de apuração, computando-se de uma só vez os sinistros com pagamento parcelado;
- e) saldos negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados; e
- f) despesas efetivas de administração, estabelecidas na planilha de cálculo que deu origem à taxa média apresentada no grupo.

28.1.3 - As receitas e despesas devem ser atualizadas monetariamente desde:

- a) o respectivo pagamento para prêmios e comissões;
- b) o aviso à Seguradora para os sinistros;
- c) a respectiva apuração, para os saldos negativos anteriores; e
- d) as datas em que incorreram, para as despesas de administração.

28.1.4 - A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término de vigência anual da apólice, até a data da distribuição do excedente técnico, destinando-se aos Segurados e/ou estipulante um percentual do resultado apurado, livremente convencionado.

28.1.5 - A distribuição de excedentes técnicos deve ser realizada após o término de vigência anual da apólice, depois de pagas todas as faturas do período e no prazo máximo de 60 (sessenta) dias a contar da última quitação, vedado qualquer adiantamento a título de resultados técnicos.

28.1.6 - Nos seguros parcial ou totalmente contributivo, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao Segurado.

29 - Tarifação Especial

29.1 - Poderá ser concedida tarifação especial para seguros de grupos de classe A (todas as garantias), e seguros das classes B e C (somente IEA e IPA), desde que o grupo apresente experiência mínima de 4 (quatro) anos e sinistralidade não superior a 70% (setenta por cento), apurada com base em 36 (trinta e seis) meses consecutivos, compreendidos entre os últimos 42 meses.

30 - Condições Aplicáveis às Garantias Adicionais e Suplementares

30.1 - Aplicam-se às garantias adicionais e suplementares desta apólice, quando contratadas, as condições constantes das cláusulas especiais respectivas, anexadas a estas Condições Gerais.

31 - Prescrição

31.1 - A PRESCRIÇÃO, OU SUA INTERRUPÇÃO, SERÁ REGULADA PELO CÓDIGO CIVIL BRASILEIRO.

32 - DISPOSIÇÕES GERAIS

32.1- Quaisquer tributos federais, estaduais e municipais, que incidam ou venham a incidir sobre prêmios e garantias do seguro previstos nestas Condições Gerais, deverão ser pagos por quem a legislação específica determinar.

32.2- Não haverá devolução de prêmios ao Segurado ou ao beneficiário ou ao estipulante, salvo o disposto no subitem 13.2.1 destas Condições Gerais.

32.3- Qualquer modificação da Apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos só será realizada com anuência expressa de Segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo Segurado, inclusive no que diz respeito a alteração de taxas de seguro, ressalvado o disposto no item 16.

32.3.1- Quando a alteração não implicar em ônus ou dever aos Segurados ou a redução de seus direitos, esta poderá ser realizada apenas com a anuência do estipulante.

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

32.5- 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.

33 - FORO

33.1- O Foro competente para dirimir eventuais questões oriundas deste contrato será o do domicílio do Segurado ou do beneficiário, conforme o caso.

33.1.1- Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no caput deste artigo.

SEGURO VIDA EM GRUPO

CONDIÇÕES ESPECIAIS PARA A GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1 - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA) - É a garantia do pagamento de uma indenização calculada a partir do capital estipulado para esta garantia (proporcional ao da garantia básica), limitada a 200% (duzentos por cento) desta, relativa a perda, redução ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão, em virtude de lesão física causada por acidente pessoal. Após a conclusão do tratamento (ou esgotados os recursos terapêuticos para recuperação) e comprovada por atestado médico a existência de invalidez permanente, avaliada quando da alta médica definitiva, a FEDERAL DE SEGUROS pagará ao próprio segurado uma indenização, de acordo com a seguinte tabela mínima:

1.1 - Tabela Para Cálculo de Indenização em caso de Invalidez Permanente

Invalidez Permanente Total	
Discriminação	% Sobre a Importância Segurada
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de uma das mãos e um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total e incurável	100
III Invalidez Permanente Parcial	
Discriminação	% Sobre a Importância Segurada
Diversas	
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25

Membros Superiores	
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	9
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	9
Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	
Membros Inferiores	
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não consolidada de um fêmur	50
Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total de um quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	3
Perda total do uso de uma falange: do 1º dedo: indenização equivalente a ½ deste dedo;- dos demais dedos: indenização equivalente a 1/3 do respectivo dedo.	
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
- de 5 centímetros ou mais	15
- de 4 centímetros	10
- de 3 centímetros	6
- menos de 3 cm	0

1.2 - No caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a indenização será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido, à percentagem na Tabela para a perda do membro, órgão ou parte atingida. Na falta de indicação da percentagem de redução e, sendo informado apenas o grau dessa redução (máximo, médio ou mínimo), a indenização

será calculada, respectivamente, na base das percentagens de 75%, 50% e 25%.

1.3 - Em todos os casos de invalidez parcial não especificados na Tabela, a indenização será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente de sua profissão.

1.4 - Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) da importância segurada para o caso de Invalidez Permanente. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder à percentagem da indenização prevista para a sua perda total.

1.5 - A perda ou maior redução funcional de membro ou órgão já defeituoso antes do acidente, não dá direito à indenização, salvo quando previamente declarada a preexistência da lesão pelo Segurado, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva o grau de invalidez preexistente.

1.6 - A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente.

2 - ACIDENTE PESSOAL, para fins deste seguro, é o evento com data caracterizada, exclusiva e diretamente externo, súbito, involuntário e violento, causador de lesão física que, por si só, e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente total ou parcial do Segurado ou torne necessário tratamento médico.

2.1 - Incluem-se, ainda, no conceito de acidente pessoal as lesões decorrentes de:

a - ação da temperatura do ambiente ou influência atmosférica, quando a elas o Segurado ficar sujeito em decorrência de acidente coberto;

b - escapamento acidental de gases e vapores;

c - seqüestros e tentativas de seqüestros; e

d - alterações anatômicas ou funcionais da coluna vertebral, de origem traumática, causadas exclusivamente por fraturas ou luxações radiologicamente comprovadas;

e - ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;

f - atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;

g - choque elétrico e raio;

h - contato com substâncias ácidas ou corrosivas;

i - tentativa de salvamento de pessoas ou bens;

j - queda n'água ou afogamento.

3 - NÃO SE INCLUEM NO CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL:

I - AS DOENÇAS, (INCLUÍDAS AS PROFISSIONAIS), QUAISQUER QUE SEJAM SUAS CAUSAS, AINDA QUE PROVOCADAS, DESENCADEADAS OU AGRAVADAS, DIRETA OU INDIRETAMENTE POR ACIDENTE, RESSALVADAS AS INFECÇÕES, ESTADOS SEPTICÊMICOS E EMBOLIAS, RESULTANTES DE FERIMENTO VISÍVEL;

II - AS INTERCORRÊNCIAS OU COMPLICAÇÕES CONSEQÜENTES DA REALIZAÇÃO DE EXAMES, TRATAMENTOS CLÍNICOS OU CIRÚRGICOS, QUANDO NÃO DECORRENTES DE ACIDENTE COBERTO POR ESTAS CONDIÇÕES.

4- ESTÃO EXCLUÍDAS DA COBERTURA OFERECIDA PELA GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA):

I - OS ACIDENTES OCORRIDOS EM CONSEQÜÊNCIA:

a) 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;

b) DE ATOS OU OPERAÇÕES DE GUERRA, DECLARADA OU NÃO, DE GUERRA QUÍMICA OU BACTERIOLÓGICA, DE GUERRA CIVIL, DE GUERRILHA, DE REVOLUÇÃO, AGITAÇÃO, MOTIM , REVOLTA, SEDIÇÃO, SUBLEVAÇÃO OU OUTRAS PERTURBAÇÕES DA ORDEM PÚBLICA E DELAS DECORRENTES, SALVO PRESTAÇÃO DE SERVIÇO MILITAR;

c) DE FURACÕES, CICLONES, TERREMOTOS, MAREMOTOS, ERUPÇÕES VULCÂNICAS E OUTRAS CONVULSÕES DA NATUREZA;

d) DE ATO RECONHECIDAMENTE PERIGOSO, QUE NÃO SEJA MOTIVADO POR NECESSIDADE JUSTIFICADA OU AUXÍLIO DE OUTREM, E A PRÁTICA, POR PARTE DO SEGURADO, DE ATOS ILÍCITOS OU CONTRÁRIOS À LEI.

II - QUALQUER TIPO DE HÉRNIA E SUAS CONSEQÜÊNCIAS;

III - O PARTO OU ABORTO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS;

IV - 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 COBERTO;

V - O SUICÍDIO OU A TENTATIVA DE SUICÍDIO, NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE VIGÊNCIA DO CONTRATO INDIVIDUAL OU DA SUA RECONDUÇÃO DEPOIS DE SUSPENSO;

VI - O CHOQUE ANAFILÁTICO E SUAS CONSEQÜÊNCIAS.

5 - PROVAS DE INVALIDEZ

5.1 - O segurado, para recebimento da indenização deverá apresentar a documentação prevista nas condições gerais da apólice, comprovando, às suas expensas, satisfatoriamente, a ocorrência do acidente e as circunstâncias com ele relacionadas, facultando à FEDERAL, em caso de dúvida, a adoção de medidas tendentes à plena elucidação do sinistro.

5.2 - A FEDERAL poderá exigir atestados de autoridades administrativas, sanitárias e policiais, bem como certidão do resultado de inquérito ou processo instaurado em virtude do fato que produziu o acidente. A FEDERAL também se reserva o direito de fazer examinar o Segurado por médico de sua confiança.

5.3 - Presume-se idôneo, para fins de comprovação de invalidez permanente, o laudo emitido por junta médica, requerida pela FEDERAL, em caso de discordância persistente, constituída de 3 (três) membros, sendo um nomeado pela FEDERAL, outro pelo Segurado e um terceiro, desempataador, escolhido pelos dois nomeados; cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela FEDERAL.

6 - REINTEGRAÇÃO DE CAPITAL SEGURADO

6.1 - NO CASO DE VERIFICAR-SE O PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO POR MOTIVO DE INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL POR ACIDENTE, O CAPITAL SEGURADO DESTA GARANTIA SERÁ AUTOMATICAMENTE REINTEGRADO, SEM COBRANÇA DE PRÊMIO ADICIONAL.

7 - ACUMULAÇÃO DE GARANTIAS

7.1 - AS INDENIZAÇÕES POR INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA) E POR INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE POR ACIDENTE (IEA) NÃO SE ACUMULAM. SE DEPOIS DE PAGA UMA INDENIZAÇÃO POR IPA VERIFICAR-SE A MORTE DO SEGURADO EM CONSEQÜÊNCIA DO MESMO ACIDENTE, DA INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE POR ACIDENTE (IEA) DEVE SER DEDUZIDA A IMPORTÂNCIA JÁ PAGA POR INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA).

8 - INÍCIO DE VIGÊNCIA

8.1 - A presente cláusula será anexada à Apólice Mestra, da qual fará parte integrante, e terá a mesma vigência desta.

9 - CESSAÇÃO DA COBERTURA

9.1 - Esta garantia cessará no término de vigência da apólice ou quando:

- a) a apólice for cancelada, ressalvados os casos de invalidez ocorridos antes desse cancelamento.
- b) quando a presente Garantia Adicional for cancelada, mediante acordo entre as partes contratantes, Estipulante e FEDERAL, nos seguros não contributários, e com o consentimento expresso dos Segurados, nos seguros contributários; e
- c) em caso de inadimplência caracterizada dos Segurados.

9.2 - A cessação da cobertura individual ocorrerá:

- a) à data em que o Segurado solicitar sua exclusão do grupo, ou quando dele for excluído por motivo admitido em norma legal;

- b) à data em que for constatada a invalidez do Segurado, por motivo de acidente, do qual resulte total e permanente incapacidade;
- c) à data do cancelamento da apólice.

10 - DISPOSIÇÕES GERAIS

10.1 - Esta garantia adicional só poderá ser concedida para a totalidade do grupo segurado e, em nenhuma hipótese, isolada da cobertura básica.

10.2 - Todas as demais condições da Apólice, não alcançadas por esta cláusula, continuarão em pleno vigor.



SEGURO VIDA EM GRUPO

CONDIÇÃO ESPECIAL PARA A GARANTIA ADICIONAL DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA - IFPTD

1.OBJETIVO

Esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado, desde que este o requeira, o pagamento antecipado do Capital Segurado contratado para a cobertura básica (morte), em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e total por Doença, conseqüente de doença que cause a perda de sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos Cobertos, desta Condições Especiais, exceto se decorrentes de Riscos Excluídos e observadas as disposições do item Cancelamento do Seguro e as constantes das Condições Gerais.

2.COBERTURA

Esta cobertura tem por objetivo garantir ao Segurado, desde que este o requeira, o pagamento do Capital Segurado contratado em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, conseqüente de doença que cause a perda de sua Existência Independente, sob critérios devidamente especificados no item Riscos cobertos desta Condição Especial.

3.RISCOS COBERTOS

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 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 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:

- Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
- Casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60º; ou
- Ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores;

h) Doença evoluída sob estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença estágio terminal) desde que atestado por profissional legalmente habilitado;

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

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

3.1. DEMAIS RISCOS COBERTOS

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.

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

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

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

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

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

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

4. RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item Riscos Excluídos, constantes 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 Autônomicas do Segurado, com perda da sua Existência Independente, os abaixo especificados:

- a) A perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indiretamente, de lesões física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) A invalidez laborativa permanente total por doença assim entendida aquela para qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, par o exercício da atividade laborativa exercida pelo Segurado;
- c) Os quadros clínicos decorrentes de doenças ocupacionais, incluídas as profissionais e as do trabalho, de qualquer origem causal (etiologia);
- d) As doenças em geral, cuja etiologia possa guardar alguma relação de causa e efeito, direta ou indireta, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo Segurado, em qualquer tempo pgresso;
- e) As doenças agravadas por traumatismos;
- f) As doenças nas quais se documente alguma interação e ou intercorrência relacionada a traumatismos e ou exposições a esforços físicos, repetitivos ou não, e ou a posturas viciosas;
- g) Os quadros clínicos incapacitantes, com repercussões clínicas parciais que não impliquem em perda da Existência Independente do Segurado;
- h) Toda e qualquer outra condição médica que não se enquadre nos critérios definidos no item Riscos Cobertos.

5. LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

5.1. Documentos para Regulação do Sinistro

Através do formulário denominado Aviso de Sinistro integralmente preenchido e assinado pelo médico assistente e pelo Segurado, este deverá comunicar à Seguradora suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante.

Do Aviso de Sinistro deve constar Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e 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 Riscos Cobertos.

Ao aviso de Sinistro devem ser anexados:

- 1) cópia do documento de identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado;

2) Relatório do médico-assistente do Segurado:

- Indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada; e

- Detalhando 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 Autônômicas do Segurado.

3) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença) incluindo laudos e resultados de exames, que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior.

Fica facultado á Sociedade Seguradora, no caso de dúvida fundada e justificada, solicitar outros documentos imprescindíveis à análise do sinistro e ou, se for o caso, à sua liquidação.

O Segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a Seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante.

5.2.Data do Sinistro

A data da Invalidez Funcional Permanente e total pro Doença será a indicada na Declaração Médica.

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 tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda, estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

5.3.Não Reconhecimento da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença .

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

A seguradora reserva-se o direito de não considerar quadros clínicos certificados por perícias e ou juntas médicas que se baseiem na caracterização da incapacidade profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim com quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

5.4.Junta Médica

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, a Sociedade Seguradora proporá ao

Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da constatação do segurado, a constituição de junta médica.

A junta médica será constituída por 3 (três) membros, sendo um nomeado pela Sociedade Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado. Os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado.

5.5.Despesas de Comprovação

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 Seguradora, com a finalidade de esclarecer circunstâncias sobre o Quadro Clínico Incapacitante. As providências que a Seguradora tomar Visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do Capital Segurado.

6.LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total Por Doença pela seguradora, o pagamento do Capital Segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

7.CANCELAMENTO DO SEGURO

Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total Por Doença uma antecipação da cobertura 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.

8.BENEFICIÁRIO

Constatado a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o Beneficiário será o próprio segurado.

9. CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE

Ratificam-se as Condições Gerais Seguro de Vida em Grupo.

Quando contratada, esta cláusula passa a integrar as condições gerais do seguro, permanecendo inalterados todos os demais termos e condições do contrato de seguro, não alteradas por ela.

ANEXO À CONDIÇÃO ESPECIAL PARA 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 “A LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS AO 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 DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.	20
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS DO SEGURADO	1º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE HÍGIDO; CAPAZ DE LIVRE MOVIMENTAÇÃO; NÃO APRESENTA EVIDÊNCIA DE DISFUNÇÃO E OU INSUFICIÊNCIA DE ÓRGÃOS, APARELHOS OU SISTEMAS, POSSUINDO VISÃO EM GRAU QUE LHE PERMITA DESEMPENHAR SUAS TAREFAS NORMAIS.	00

	<p>2º GRAU:</p> <p>O SEGURADO APRESENTA DISFUNÇÃO(ÕES) E/OU INSUFICIÊNCIA(S) COMPROVADAS COMO REPERCUSSÕES SECUNDÁRIAS DE DOENÇAS AGUDAS OU CRÔNICAS, EM ESTÁGIO QUE OBRIGUE A DEPENDER DE SUPORTE MÉDICO CONSTANTE (ASSISTIDO) E DESEMPENHAR SUAS TARÉFAS NORMAIS DIÁRIAS COM ALGUMA RESTRIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>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.</p>	20
CONECTIVIDADE DO SEGURADO COM A VIDA	<p>1º GRAU:</p> <p>O SEGURADO REALIZA, SEM AUXÍLIO, AS ATIVIDADES DE VESTIR-SE E DESPIR-SE; DIRIGIR-SE AO BANHEIRO; LAVAR O ROSTO; ESCOVAR SEUS DENTES; PENTEAR-SE; BARBEAR-SE; BANHAR-SE; ENXUGAR-SE, MANTENDO OS ATOS DE HIGIENE ÍNTIMA E DE ASSEIO PESSOAL, SENDO CAPAZ DE MANTER A AUTOSUFICIÊNCIA ALIMENTAR COM CONDIÇÕES DE SUPRIR SUAS NECESSIDADES DE PREPARO, SERVIÇO, CONSUMO E INGESTÃO DE ALIMENTOS.</p>	00
	<p>2º GRAU:</p> <p>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 ALIMENTO, DESCASCAR FRUTA, ABRIR UMA EMBALAGEM, CONSUMIR OS ALIMENTOS COM USO DE COPO, PRATO E</p>	10
	<p>3º GRAU:</p> <p>O SEGURADO NECESSITA DE AUXÍLIO ÀS ATIVIDADES DE HIGIENE E ASSEIO PESSOAL DIÁRIOS, ASSIM COMO AQUELAS RELACIONADAS À SUA ALIMENTAÇÃO, NÃO SENDO CAPAZ DE REALIZAR SOZINHO SUAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS E DE SUBSISTÊNCIA ALIMENTAR DIÁRIAS.</p>	20

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 A DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA.	04
EXISTEM MAIS DE 2 FATORES DE RISCO E OU HÁ REPERCUSSÃO VITAL DECORRENTE DA ASSOCIAÇÃO DE DUAS OU MAIS DOENÇAS CRÔNICAS EM ATIVIDADE.	04
CERTIFICA-SE EXISTIR RISCO DE MORTE SÚBITA, TRATAMENTO PALIATIVO E OU DE SUPORTE À SOBREVIVÊNCIA E OU REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA.	08

