

CONDIÇÕES GERAIS

SEGURO DE VIDA EM GRUPO

1 - OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro destina-se a garantir o pagamento do capital contratado ao Segurado ou a seu(s) Beneficiário(s), na ocorrência de quaisquer eventos cobertos, desde que respeitadas as demais cláusulas das Condições Gerais, do Contrato e, se houver, das Condições Especiais.

2 – COBERTURA GEOGRÁFICA

O âmbito geográfico da cobertura abrange todo o globo terrestre.

3 - GARANTIAS DO SEGURO

3.1 - As garantias se dividem em básicas, adicionais e suplementares:

3.1.1. – A garantia básica é a de Morte, decorrente de causa natural ou acidental, sendo a mesma de contratação obrigatória;

3.1.1.1 – As garantias adicionais, de contratação opcional, são: Morte Acidental; Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, Renda Diária por Internação Hospitalar, Perda de Certificado de Habilitação de Vôo e Excedente Técnico;

3.1.1.2 – As garantias Suplementares, com contratação opcional, são: Inclusão de Cônjuge e Inclusão de Filhos;

3.1.2 – As garantias adquiridas serão especificadas no Contrato e no Certificado Individual de seguro;

3.2 – Os capitais contratados para o Segurado Dependente, em quaisquer garantias, não podem ser superiores ao capital do Segurado Principal;

3.3. – As garantias adicionais e suplementares fazem parte integrante do presente e serão tratadas como “cláusulas anexas”, nas quais constará sua exata individualização.

4 – RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídas da cobertura do seguro a morte ou a invalidez em consequência:

a) do uso de material nuclear, para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição às radiações nucleares ou ionizantes, ainda que ocorridas em testes, experiências ou transporte; em armas e/ou projéteis nucleares, bem como de explosões nucleares provocadas ou não, com quaisquer finalidades;

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, golpe militar ou usurpação de poder, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, excetuando-se os casos de prestação de serviço militar;

c) de ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada, excluída desta hipótese a prática de esportes, a utilização de meio de transporte mais arriscado e atos de humanidade em auxílio de outrem;

d) de atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de um ou de outro, conforme artigo 762 do código civil;

e) de atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes e administradores, pelos beneficiários e pelos respectivos representantes, no caso de seguros contratados por pessoas jurídicas;

- f) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- g) de lesão intencionalmente auto-infligida;
- h) do suicídio ou sua tentativa, nos dois primeiros anos de vigência inicial do contrato, ou de sua recondução depois de suspenso, conforme artigo 798 do código civil;
- i) de perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie;
- j) de condução de qualquer tipo de veículo sem a devida habilitação pelo Segurado ou em não conformidade com a legislação vigente;
- k) de Lesões por Esforço Repetitivo (L.E.R.) e Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (D.O.R.T.);
- l) de doenças pré-existentes à contratação do seguro, isto é, doenças de conhecimento do Segurado e não citadas na declaração pessoal de saúde e atividade;
- m) epidemias, reconhecidas pelo poder público.

Excetuada sua ocorrência como resultado direto de acidente pessoal e observadas as coberturas contratadas, conforme definido nestas Condições Gerais, estão também expressamente excluídos da garantia deste seguro os eventos ocorridos em consequência de:

- A) qualquer tipo de hérnia e suas consequências, em especial a hérnia discal;
- B) gravidez, parto, aborto provocado ou não e suas consequências;
- C) choque anafilático e suas consequências.

5 – SEGURÁVEIS

São seguráveis todas as pessoas físicas que apresentem vínculo com o Estipulante, mesmo quando se tratar de empresas coligadas, controladas e subsidiárias integrais do Estipulante de acordo com a Lei das Sociedades Anônimas;

5.1 – Estipulante é a pessoa natural ou jurídica, legalmente constituída, que contrata o seguro em proveito do grupo que a ele de qualquer modo se vincule, e que é investido de poderes de representação dos Segurados junto à American Life;

5.1.1 – O Estipulante não representa o Segurador perante o grupo segurado, e é o único responsável para com o Segurador, pelo cumprimento de todas as obrigações contratuais;

5.1.2 – Qualquer modificação da apólice em vigor, inclusive reavaliação de taxas, que implique em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência expressa de, no mínimo, três quartos do grupo segurado, admitido mandato específico;

5.2 – A inclusão dos componentes seguráveis Principais e Dependentes será feita por solicitação do Estipulante e se dará de acordo com uma das seguintes condições:

- **Automática**, quando o seguro abranger todos os componentes;
- **Facultativa**, quando o seguro abranger somente os componentes Principais que autorizarem a sua inclusão e a de seus Dependentes no seguro.

6 - CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

Somente serão aceitos Segurados que se encontrem em boas condições de saúde e em pleno exercício das suas atividades de trabalho e/ou habituais, equivalentes a de uma pessoa de mesma idade e sexo, no dia de início dos respectivos riscos individuais;

6.1 – Os aposentados poderão participar do seguro, desde que não tenham sido aposentados por invalidez, sendo os mesmos os responsáveis pelos pagamentos dos prêmios, ou o Estipulante;

6.1.1 – A aceitação do seguro, em qualquer caso, estará sujeita à análise do risco;

6.2 – Cada Proponente deverá formalizar à American Life o pedido de sua inclusão ao seguro através de uma proposta de adesão, exceto no caso de seguro do tipo Capital Global;

6.2.1 – A proposta de adesão contém todos os elementos essenciais ao exame e aceitação do risco, e dela consta cláusula específica na qual o Proponente declara ter conhecimento prévio da íntegra das condições contratuais;

6.2.2 – A American Life terá prazo de 15 (quinze) dias, contados da data de protocolo do documento, para manifestar-se sobre a aceitação ou recusa da proposta para seguros novos ou renovações, bem como para alterações que impliquem modificação do risco;

6.2.2.1 – Poderá ser feita solicitação de documentos complementares, para análise de aceitação do risco, uma única vez, durante o prazo do item 6.2.2;

6.2.2.2 – Solicitados documentos complementares, o prazo de 15 (quinze) dias será suspenso, reiniciando-se a contagem na data de recepção dos documentos pela American Life;

6.2.2.3 – Em caso de recusa do risco, em que tenha havido adiantamento de valor para futuro pagamento parcial ou total do prêmio, o valor de adiantamento é devido desde a formalização da recusa, devendo ser restituído integralmente ao Proponente no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos;

6.2.2.4 – A recusa de qualquer proposta de adesão será formalmente comunicada por escrito ao Corretor de Seguros, ao Proponente ou ao Estipulante, justificando o motivo da não aceitação do risco;

6.3 – A American Life fornecerá ao Proponente / Estipulante, protocolo que identifique a proposta de adesão / proposta de contratação recepcionada, com indicação de data e hora do seu recebimento;

6.4 – A ausência de manifestação por escrito da American Life sobre a recusa da proposta, no prazo 15 (quinze) dias, contados da data de protocolo do documento, acarretará na sua aceitação tácita;

6.5 – Após a aceitação, a American Life emitirá e encaminhará um certificado individual referente a cada um dos Segurados, tanto no início do seguro como em cada uma das renovações, que conterà os seguintes elementos mínimos:

- data do início de vigência da cobertura individual do Segurado Principal e dos Segurados Dependentes;
- capital segurado de cada cobertura relativa ao Segurado Principal e Segurados Dependentes;
- franquias e carências de cada garantia, quando aplicáveis;
- prêmio total

6.6 – O Segurado, por si ou por seu representante, deverá agir com a mais estrita boa fé no preenchimento da proposta de adesão e, se fizer declarações falsas ou inexatas, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.

7 – DECLARAÇÕES INEXATAS

O Estipulante, o Segurado e a American Life são obrigados a guardar na execução deste contrato de seguro a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto como das circunstâncias e declarações a ele concernentes.

8 - VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DA APÓLICE

8.1 - O prazo de vigência da apólice é de 1 (um) ano, podendo ser por período distinto, sendo renovada automaticamente uma única vez, caso não haja expressa manifestação da American Life ou do Estipulante, mediante aviso prévio de no mínimo 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice, comunicando, por escrito, a falta de interesse na continuação do seguro;

8.2 – Este seguro é por prazo determinado tendo a American Life e o Estipulante a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

9 - VIGÊNCIA DO RISCO INDIVIDUAL

9.1 - As propostas de adesão remetidas sem o prêmio inicial, após aceitas pela American Life, terão início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas do dia em que ocorrer sua aceitação ou em data distinta, desde que expressamente acordada entre as partes;

9.2 – Quando o prêmio for pago através de desconto em folha, o risco individual terá início às 24:00 (vinte e quatro) horas do último dia do mês em que ocorrer o desconto, ainda que por qualquer motivo, os salários não sejam pagos naquela data;

9.3 – As propostas de adesão que tenham sido recepcionadas com adiantamento parcial ou total do prêmio, se aceitas pela American Life, terão início de vigência às 24 (vinte e quatro) horas do dia do protocolo da proposta na American Life;

9.4 – A garantia de Morte e a de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPD, quando sujeitas a período de carência, terão esta condição indicada no Contrato;

9.4.1 – Uma vez adotado o prazo de carência no Contrato, fica assegurada a prorrogação automática da apólice por período, no mínimo, correspondente à carência fixada;

9.5 – Este seguro está estruturado sob o regime financeiro de repartição simples, não contemplando a formação de reserva técnica individualizada;

9.6 – Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura de cada Segurado cessa automaticamente no final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada.

10 – TÉRMINO DE VIGÊNCIA DA COBERTURA INDIVIDUAL

A cobertura de cada Segurado cessará:

10.1 – No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, dando-se a caducidade do seguro e ficando a American Life isenta de qualquer responsabilidade;

10.1.1 – Com o desaparecimento do vínculo entre o Segurado e o Estipulante, respeitado em qualquer caso, o período de vigência correspondente ao prêmio pago;

10.1.2 – Quando o Segurado solicitar sua exclusão da apólice ou quando o mesmo deixar de contribuir com sua parte do prêmio;

10.1.3 - Se o Segurado, os Prepostos ou os Beneficiários agirem com dolo, fraude ou culpa grave na contratação do seguro, ou ainda para obter vantagem com a ocorrência do sinistro;

10.2 – No caso do item 10.1.1 o Segurado poderá continuar coberto pela apólice, caso queira assumir o custo total do seguro, desde que haja concordância da American Life;

10.3 – Nos seguros contributários, se a inadimplência de quaisquer Segurados individuais atingirem a 03 (três) parcelas, consecutivas ou não;

11 – SUSPENSÃO E REABILITAÇÃO DO SEGURO

Em todos os seguros contratados, se o Segurado ou o Estipulante deixarem de pagar ou repassar à American Life, nos prazos previstos no Contrato e nos boletos de cobrança bancária os prêmios contratados, haverá imediata e automática suspensão do seguro e de suas garantias, independentemente de qualquer notificação ou ato formal de constituição em mora, não respondendo a American Life pela responsabilidade de pagamento do capital contratado para eventos ocorridos durante esse período de suspensão.

11.1 - Ocorrendo a hipótese de suspensão de cobertura sem cancelamento da apólice, será vedada a cobrança de prêmio em atraso;

11.2 – Na hipótese de ser admitida a reabilitação da apólice ou do certificado individual, ao exclusivo juízo da American Life, a cobertura securitária reiniciar-se-á às 24:00 (vinte e quatro) horas da data de pagamento do prêmio e, na hipótese de seguros com prêmios postecipados, a reabilitação se dará com o pagamento dos valores referentes ao período em que houve cobertura.

12 – CANCELAMENTO DO SEGURO

Dá-se o cancelamento do seguro, observadas as condições contratuais pactuadas:

- a) decorridos 90 (noventa) dias de atraso de qualquer pagamento de prêmio, ficando o seguro automaticamente cancelado;**
- b) com o pagamento do capital referente à Morte ou Invalidez Permanente Total do Segurado;**
- c) em caso de dolo, fraude, omissão ou culpa grave do Segurado, do Beneficiário ou do Representante Legal de um ou do outro na contratação ou no decorrer da vigência do seguro;**
- d) a pedido do Estipulante, desde que este possua anuência de no mínimo três quartos do grupo segurado;**
- e) por mútuo acordo entre as partes, ou seja, American Life e Estipulante, desde que o Estipulante possua anuência de no mínimo três quartos do grupo segurado.**

12.1 – As apólices em vigor não poderão ser canceladas durante o período de vigência sob a alegação de alteração de natureza dos riscos;

12.2 – Na hipótese de rescisão total ou parcial do seguro, a qualquer tempo, por iniciativa de quaisquer das partes contratantes e com a concordância recíproca, serão observadas as seguintes disposições:

I – A American Life poderá reter do prêmio recebido, além dos emolumentos, a parte proporcional ao tempo decorrido;

II – quando adotado o fracionamento do prêmio e na hipótese de resilição a pedido do Segurado, a American Life reterá, no máximo, além dos emolumentos, o prêmio calculado de acordo com a tabela de prazo curto demonstrada a seguir:



RELAÇÃO % ENTRE A PARCELA DE PRÊMIO PAGA E O PRÊMIO TOTAL DA APÓLICE	FRAÇÃO A SER APLICADA SOBRE A VIGÊNCIA ORIGINAL
13	15/365
20	30/365
27	45/365
30	60/365
37	75/365
40	90/365
46	105/365
50	120/365
56	135/365
60	150/365
66	165/365
70	180/365
73	195/365
75	210/365
78	225/365
80	240/365
83	255/365
85	270/365
88	285/365
90	300/365
93	315/365
95	330/365
98	345/365
100	365/365

12.3 – No curso do Contrato de seguro, a apólice somente poderá ser rescindida por mútuo consentimento, exigindo-se a anuência de pelo menos $\frac{3}{4}$ do grupo segurado, admitida cláusula mandato, retendo a American Life o prêmio recebido, além dos emolumentos, da parte proporcional ao tempo decorrido.

13 – CAPITAL SEGURADO

É importância máxima, expressa em moeda corrente nacional, a ser paga ou reembolsada pela American Life em caso de ocorrência de um sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

13.1 – Quando os capitais segurados não forem comuns para todos os Segurados, a escala será determinada em função de fatores objetivos comprováveis tais como: salário, função, estado civil, número de dependentes, ou outros a determinar.

13.2 – O capital máximo individual para esse seguro estará determinado no Contrato de seguro;

13.3 – Todos os valores relativos às coberturas securitárias serão expressos em reais;

13.4 – A aceitação por parte da American Life, de capital segurado superior ao seu limite de retenção, acarretará na observância de tal valor para efeito de pagamento de capital segurado, independentemente das penalidades cabíveis no caso de não repasse do valor excedente ao referido limite;

13.5 – Nos seguros em que o Segurado seja responsável pelo custeio do plano, total ou parcialmente, é vedada a redução por parte da American Life do valor do capital segurado contratado, sem a devida solicitação expressa do Segurado;

13.6 – No caso de invalidez parcial por acidente o capital segurado será automaticamente reintegrado após cada sinistro.

14 – ATUALIZAÇÃO DE CAPITALS SEGURADOS E PRÊMIOS

Os capitais segurados e os prêmios relativos a este contrato de seguro poderão ser corrigidos anualmente, por ocasião da renovação do Seguro, tomando-se por base a variação positiva acumulada do **Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 90** (noventa) dias antes da renovação da apólice de seguro;

Havendo a extinção do índice mencionado, será utilizado aquele que o substitua, estabelecido pelas autoridades competentes.

14.1 – O reajuste do capital segurado dos aposentados e dos Segurados afastados será feito na mesma proporção do reajuste para os Segurados ativos, desde que o critério de reajuste seja adotado para todos os ativos;

14.2 – Nos casos de aumento do capital segurado, e sendo contributário ou parcialmente contributário o seguro, caberá ao Estipulante solicitá-lo à American Life, por escrito, desde que possua autorização de no mínimo $\frac{3}{4}$ (três quartos) dos Segurados;

14.3 – Fica desde logo estabelecido que qualquer modificação da apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os Segurados dependerá da anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) dos Segurados;

14.3.1 – Será admitido mandato outorgado pelo Segurado para que o Estipulante o represente perante a American Life;

14.4 – Os capitais segurados pagos sob a forma de renda serão, a partir da data de sua concessão, atualizados anualmente, com base no índice pactuado, acrescidos do valor resultante da diferença gerada entre a atualização mensal da provisão matemática de benefícios concedidos e a atualização anual aplicada à renda;

14.4.1 – Alternativamente ao critério de atualização aqui mencionado, será facultada a adoção de cláusula de recálculo do capital segurado, segundo fatores objetivos, necessariamente expressos nas na apólice, no certificado individual, nas propostas e no contrato, em consonância com o plano de seguro contratado.

15 – PAGAMENTO DE PRÊMIOS

É de responsabilidade do Estipulante a cobrança dos prêmios dos Segurados e a quitação nos prazos mensais, bimestrais, trimestrais, semestrais ou anuais fixados no Contrato, das respectivas faturas de seguro emitidas pela American Life.

15.1 – É vedado ao Estipulante recolher dos Segurados, qualquer valor além daquele fixado pela American Life; 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 sua origem, seu percentual e valor;

15.2 – É vedada a cobrança de qualquer taxa de inscrição ou intermediação, nos planos de Seguro de Vida em Grupo;

15.3 – O pagamento do prêmio até a data de seu vencimento manterá o seguro em vigor até o último dia do período de cobertura a que se referir;

15.3.1 – Caso a data de vencimento corresponda a um feriado bancário ou a um fim-de-semana, o pagamento poderá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente, sem que haja suspensão das garantias do seguro;

15.4 – Quando a forma de cobrança do prêmio for a de desconto ou consignação em folha, o empregador, exceto nos casos de cancelamento da apólice, somente poderá interromper o recolhimento do valor devido em caso de perda do vínculo empregatício ou mediante pedido do Segurado por escrito;

15.5 – Na cobrança do prêmio mediante boleto de cobrança individual, a American Life providenciará para que cada Segurado receba o seu carnê de pagamento até o vencimento da última parcela anterior;

15.6 – Na cobrança de prêmio de seguro, caso não receba boleto de cobrança até a data de vencimento e desde que não tenha havido cancelamento do contrato de seguro, é direito do Estipulante ou do Segurado efetuar o pagamento mediante depósito bancário na conta-corrente da American Life, cujos dados serão fornecidos mediante solicitação expressa e específica;

15.7 - Fica eleito o **Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)** e juros legais para as relações originárias deste contrato.

16 – CUSTEIO DO SEGURO

De acordo com as condições especificadas da Proposta de Contratação ou Proposta de Adesão, o custeio poderá ser contributivo ou não contributivo.

16.1 – CONTRIBUTÁRIO – Quando os Segurados se responsabilizam pelo pagamento de prêmio;

16.1.1 – Os prêmios podem ser recolhidos pelo Estipulante, que, nesta situação, fica responsável pelo repasse a American Life, na forma de quitação de faturas mensais, até as datas-limite previstas nos respectivos boletos de cobrança bancária;

16.1.2 – Nos casos em que houver participação do Estipulante no pagamento dos prêmios individuais, o custeio será considerado como parcialmente contributivo;

16.1.3 - **Nos seguros contributivos, o não repasse dos prêmios à American Life, nos prazos contratualmente estabelecidos, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento da cobertura, a critério da Seguradora, e sujeita o Estipulante ou Sub-Estipulante às cominações legais.**

16.2 – NÃO CONTRIBUTÁRIO – Quando os Segurados não se responsabilizam pelo pagamento de prêmios de seguro.

17 – RECÁLCULO DO PRÊMIO

Ao final de cada ano de vigência da apólice, para a análise das condições de renovação do seguro, será procedido um recálculo dos prêmios de modo a incorporar as flutuações de sinistralidade e de faixa etária no grupo segurado atualizado à experiência atuarial do seguro.

17.1 – Com base no resultado apurado nesse recálculo anual, se houver necessidade de reajuste da(s) taxa(s) praticada(s) para a renovação da apólice, o(s) novo(s) prêmio(s) integrará(ão) o Contrato de seguro a partir do mês seguinte àquele em que se der a comunicação formal ao Estipulante;



17.2 – Em qualquer caso, se a alteração implicar em ônus ou dever para os Segurados ou a redução de seus direitos, dependerá da anuência prévia e expressa de Segurados que representem, no mínimo, $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

18 - OCORRÊNCIA DO EVENTO

O sinistro será comunicado pelo Estipulante, Segurado ou seus Beneficiários, através de formulário próprio denominado Aviso de Sinistro, ou em carta registrada ou telegrama, dirigido à American Life.

18.1 – Considera-se como data do evento, para efeito de determinação do valor do capital segurado, quando da liquidação de sinistros:

- a)** para a garantia Morte, a data do óbito;
- b)** em se tratando de acidente, será considerada a data de ocorrência do mesmo;
- c)** para a cobertura de risco por invalidez, não consequente de acidente, a data indicada na declaração médica;
- d)** para as demais coberturas de risco, a data da ocorrência do evento coberto, conforme definido nas Condições Gerais, Especiais e/ou no Contrato, ressalvados os itens “b” e “c” precedentes.

19 – LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

19.1 - Ocorrendo um sinistro coberto, o Segurado, seu Beneficiário ou Estipulante são obrigados a comunicá-lo à American Life, tão logo o saibam, por fac-símile, e-mail, telegrama ou carta, observados os prazos de prescrição conforme estipulados pela lei;

19.1.1 - Ocorrendo o agravamento do risco, o Segurado ou Estipulante são obrigados a comunicá-lo à American Life, tão logo o saibam, por fac-símile, e-mail, telegrama ou carta, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar provado que silenciou de má-fé;

19.2 – Ocorrendo o agravamento do risco, a American Life, desde que o faça nos 15 (quinze) dias ao recebimento do aviso de agravação, poderá dar-lhe ciência por escrito, de sua decisão de cancelar a cobertura contratada ou cobrar a diferença do prêmio cabível;

19.3 – O cancelamento do seguro na hipótese anterior, só será válido 30 (trinta) dias após o aviso por parte da American Life, hipótese em que será devolvida a diferença do prêmio, calculado proporcionalmente ao período a decorrer;

19.4 – Eventuais encargos de tradução necessários à liquidação de sinistros, que envolvam reembolso de despesas efetuadas no exterior, ficarão totalmente a cargo da Sociedade Seguradora;

19.5 – Na hipótese de dúvida fundada e justificável que acarrete a necessidade de solicitação de novos documentos ou exames complementares por parte da American Life, o prazo de 30 dias será suspenso, voltando a fluir a partir do dia útil subsequente àquele em que os documentos ou exames complementares forem efetivamente entregues à American Life;

19.6 – Os pagamentos de capital segurado por morte ou invalidez total por acidente serão realizados de forma integral;

19.6.1 – Após o pagamento do capital pertinente ao sinistro coberto, o Segurado será automaticamente excluído da apólice;

19.7 – A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica. A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente;

19.8 – Quando a liquidação de obrigações de valores não for efetuada dentro do prazo estabelecido, aplicar-se-ão juros legais sobre essas obrigações e correção monetária, observada a legislação específica;

19.9 – Não terá direito ao pagamento da importância segurada o Segurado em mora no pagamento do prêmio, se ocorrer o sinistro antes de sua purgação;

19.10 - A partir da entrega de toda a documentação exigível relacionada, a American Life terá o prazo de até 30 (trinta) dias consecutivos para liquidação do sinistro, resguardado o direito da Seguradora solicitar documentação complementar sempre que houver dúvida fundada e justificável, nesta hipótese sofrendo suspensão o prazo de pagamento, voltando a correr a contagem a partir do dia útil subsequente àquele em que forem completamente atendidas as exigências.

19.11 – Morte:

- Aviso de Sinistro preenchido pelo Estipulante e/ou Beneficiários e médico-assistente do Segurado, mediante carimbo e CRM;
- Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- Cópia autenticada da Certidão de Nascimento ou Casamento do falecido, com comprovação de união estável quando se tratar de companheira(o);
- Cópia autenticada do RG e CPF do Segurado;
- Declaração com firma reconhecida em cartório de três pessoas idôneas, informando sob as penas da lei, quantos e quais são os filhos deixados pelo Segurado, qualificando-os: nome completo, nacionalidade, naturalidade, ou;
- Declaração do INSS ou IR informando (se for o caso) quem são os dependentes do Segurado na Previdência Social;
- Cópia autenticada da Certidão de Nascimento e/ou Casamento bem como RG, CPF e Comprovante de Residência do(s) Beneficiário(s). Em se tratando de Beneficiário(s) com idade a partir de 16 anos, faz-se necessário cópia autenticada do CPF;
- No caso de Beneficiários menores de idade incapazes, apresentação do Termo de Tutela, de Curatela ou Alvará Judicial, bem como documento de identificação do responsável juntamente com comprovante de residência.

19.12 – Morte Acidental:

Além da documentação especificada para o item Morte, as seguintes:

- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- Cópia autenticada do Laudo de Exame Necroscópico elaborado pelo IML;
- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação do falecido se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo.

19.13 – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- Aviso de Sinistro devidamente preenchido pelo Estipulante, Segurado e médico-assistente;
- Cópia autenticada do RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado;
- Cópia autenticada do CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho – se for o caso;
- Atestado de Alta Médica definitiva;
- Resultado de todos os exames realizados na pessoa do Segurado;
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso;

- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação do Segurado quando se tratar de acidente automobilístico, em que o mesmo tenha sido o condutor do veículo.

19.14 - Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença:

a) Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico-assistente e pelo Segurado, este deverá comunicar a American Life suas condições de saúde, retratando o Quadro Clínico Incapacitante, sendo que:

- 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 alcance de um estágio de doença que se configure em quadro clínico incapacitante definido na CLÁUSULA ADICIONAL de COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA - IFPD - item 2.1 - -Riscos Cobertos e 2.2 - Demais Riscos Cobertos;

b) Cópia autenticada do RG, CPF e Comprovante de Endereço de Residência do Segurado;

c) Relatório do médico-assistente do Segurado:

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

- detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal que ocasione e justifique a inviabilidade do Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado;

d) Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível, nas condições previstas no item anterior:

- fica facultado a American Life, 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 American Life julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao Quadro Clínico Incapacitante;

19.15 – No caso de divergência sobre a causa, natureza ou extensão de lesões, bem como a avaliação da incapacidade relacionada ao Segurado, a Seguradora proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da contestação, a constituição de junta médica;

19.15.1 – A junta médica será composta por 03 (três) membros, sendo um nomeado pela Sociedade Seguradora, outro pelo Segurado e um terceiro, desempatador, escolhido pelos dois nomeados;

19.15.2 – Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo Segurado e pela Sociedade Seguradora;

19.15.3 – O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado;

20 - BENEFICIÁRIOS

O Segurado deverá indicar na proposta de adesão, pessoa(s) perfeitamente identificável(is), a favor da(s) qual(is) será pago o capital segurado, na eventualidade da ocorrência de evento coberto.

20.1 – A qualquer tempo, o Segurado poderá alterar o(s) Beneficiário(s) indicado(s), por meio de solicitação formal, datada, assinada e protocolizada na American Life;

20.2 – A substituição só poderá ser efetuada nos seguros que não tenham por finalidade a garantia do pagamento de dívida contraída com o Estipulante, e se tornará válida apenas na efetiva comunicação formal à American Life;

20.3 – Não sendo instituído o Beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer(em) o que for designado(s), o capital segurado será pago metade ao cônjuge não separado judicialmente, ou ao companheiro(a) e o restante aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária;

20.3.1 – Para fins deste seguro, o companheiro(a) é equiparado ao cônjuge para todos os fins e efeitos de direito.

20.3.2 – Na falta das pessoas indicadas no item anterior, serão Beneficiários os que provarem que a morte do Segurado os privou dos meios necessários a sua subsistência.

21 – PERDA DE DIREITO AO CAPITAL SEGURADO

A American Life não pagará qualquer importância com base no presente contrato de seguro, caso haja por parte do Segurado, seus Prepostos ou seus Beneficiários.

21.1 – **Declarações falsas ou incompletas, ou omissão de circunstâncias que possam influir na aceitação do seguro ou na taxa a ser aplicada, para cálculo do prêmio;**

21.1.1 – Se da inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do Segurado, a American Life poderá:

I – Na hipótese de não ocorrência de sinistro:

- cancelar o seguro, retendo, do prêmio originalmente pactuado, a parcela proporcional ao tempo decorrido; ou
- mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou restringindo a cobertura contratada;

II – Na hipótese de ocorrência do sinistro:

- cancelar o seguro, após o pagamento do capital segurado, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, ou
- mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser pago ao Segurado ou ao Beneficiário, ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros;

III – na hipótese de ocorrência de sinistro com pagamento integral do capital segurado, cancelar o seguro, após o pagamento do capital segurado, deduzindo do valor a ser pago, a diferença de prêmio cabível, efetuando e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

21.2 – **Fraude ou sua tentativa comprovada, simulando sinistro ou agravando suas consequências;**

21.3 – **Inobservância das obrigações convencionadas nas condições contratuais;**

21.4 – **A ocorrência da prescrição conforme prazos estipulados pela lei.**

22 – NULIDADE DO CONTRATO

Nulo será o contrato para garantia de risco proveniente de ato doloso do Segurado, do beneficiário ou do representante de um ou de outro.

23 - OBRIGAÇÕES

23.1 - Do Estipulante

23.1.1 - Fornecer à American Life todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas por aquela, incluindo dados cadastrais;

23.1.2 - Manter a American Life 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;

23.1.3 - Fornecer ao Segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;

23.1.4 - Discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;

23.1.5 - Repassar os prêmios à American Life, nos prazos estabelecidos contratualmente;

23.1.6 - Repassar aos Segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;

23.1.7 - Discriminar o nome da American Life, nos documentos e comunicações referentes ao seguro, emitidos para o Segurado;

23.1.8 - Comunicar, de imediato, à American Life, a ocorrência de qualquer sinistro, ou expectativa de sinistro, referente ao grupo que representa, assim que deles tiver conhecimento, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

23.1.9 - Dar ciência aos Segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;

23.1.10 - Comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;

23.1.11 - Fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela estabelecido; e

23.1.12 - Informar o nome da American Life, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do Estipulante.

23.2 - Da Seguradora:

23.2.1 - Incluir no contrato de seguro todas as obrigações do Estipulante; e

23.2.2 - Informar ao Segurado a situação de adimplência do Estipulante ou Sub-Estipulante, sempre que lhe solicitado.

24 - ALTERAÇÕES DO CONTRATO

Qualquer alteração ou modificação da apólice em vigor, que implique em ônus ou dever para os Segurados, dependerá da anuência expressa de três quartos do grupo segurado;

24.1 – Nenhuma alteração será válida se não for feita, por escrito.

25– INTERPRETAÇÃO

As palavras e expressões em itálico ou negrito, onde houver definição específica, terão o mesmo significado onde quer que apareçam neste Seguro. Onde permitido pelo contexto, o sexo masculino inclui o feminino, o singular inclui o plural e o plural o singular.

Os termos técnicos utilizados neste contrato têm seu significado identificado nas DEFINIÇÕES, que se encontram na parte final destas Condições Gerais.

26- FORO

Fica eleito o foro do domicílio do Segurado ou do Beneficiário para a discussão de quaisquer fatos relacionados ao seguro.

27- MATERIAL DE DIVULGAÇÃO

As peças promocionais e de propaganda e a divulgação do seguro, por parte do Estipulante, dependerão de autorização expressa e supervisão da American Life, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais e Contrato.

28 - DEFINIÇÕES

1 – Acidente Pessoal: É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física, que por si só e independentemente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez permanente, total ou parcial do Segurado, ou que torne necessário o tratamento médico, observado que:

Incluem-se nesse conceito:

- a.1)** o suicídio ou a sua tentativa após dois anos de vigência do contrato ou de sua renovação, depois de suspenso;
- 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 escapamento acidental de gases e vapores;
- a.4)** os acidentes decorrentes de sequestros e sua tentativas, 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.

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 consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- b.3)** as lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com os mesmos, assim como as lesões classificadas como: Lesão por esforços repetitivos – LER, Doenças Osteo-musculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdências 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 item 1 – Acidente Pessoal, acima;

2 – Aditivo: É o documento ou instrumento escrito, emitido pela American Life, que altera em parte ou renova o contrato de seguro;

3 – Apólice: É o documento emitido pela American Life, formalizando a aceitação da cobertura solicitada pelo Proponente, nos planos individuais, ou pelo Estipulante, nos planos coletivos;

4 – Assistido: Beneficiário em gozo do recebimento do capital segurado sob a forma de renda;

5 – Aviso de Sinistro: É a obrigatória e formal comunicação à American Life da ocorrência de evento caracterizado durante a vigência da apólice de seguro e coberto pelas suas condições contratuais, observados os prazos-limite previstos no Código Civil Brasileiro sobre a matéria;

6 – Beneficiário: É a pessoa a quem será paga o capital segurado;

7 – Capital Segurado: valor máximo para a cobertura contratada a ser pago pela American Life na ocorrência do sinistro;

8 – 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;

9 – Carregamento: importância destinada a atender as despesas administrativas e de comercialização;

10 – Certificado Individual: documento destinado ao Segurado, emitido pela American Life, quando da aceitação do Proponente, na renovação do seguro ou da alteração de valores de capital segurado ou prêmio;

11 – Coberturas de risco: coberturas do seguro de pessoas cujo evento gerador não seja a sobrevivência do Segurado a uma data pré-determinada;

12 – Condições Contratuais: conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das Condições Gerais, das Condições Especiais e Contrato da apólice e quando for o caso de plano coletivo, do contrato, da proposta e do certificado individual;

13 – Condições Gerais: conjunto de cláusulas que regem um mesmo plano de seguro, estabelecendo obrigações e direitos da American Life, dos Segurados, dos Beneficiários e quando couber, do Estipulante;

14 – Condições Especiais: conjunto de cláusulas que especificam as diferentes modalidades de cobertura que possam ser contratadas dentro de um mesmo plano de seguro;

15 – Contrato: instrumento jurídico firmado entre o Estipulante e a American Life, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo e fixam os direitos e obrigações do Estipulante, da American Life, dos Segurados e dos Beneficiários e que alterarão em todo ou em parte, as cláusulas das Condições Gerais e/ou Especiais;

16 – Doença: É o processo mórbido, definido pela perda ou perturbação da saúde de um indivíduo, tendo um conjunto característico de sintomas e sinais, que o leva a tratamento médico, internação ou afastamento do trabalho;

17 – Doença Preexistente: É toda doença diagnosticada ou comprovada em data anterior ao Contrato de seguro, congênita ou adquirida, de conhecimento do Segurado e não citada na Declaração Pessoal de Saúde e Atividade;

18 – Estipulante: É a pessoa física ou jurídica que propõe a contratação do 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 plano e, como Estipulante-Averbador, quando não participar do custeio, sendo o único responsável por quitar as faturas de prêmios perante a American Life. Não é considerado Estipulante aquele que, sem ter subscrito proposta de contratação, tenha sua participação restrita à condição de consignante, responsável, exclusivamente, pela efetivação de descontos correspondentes aos prêmios na folha de pagamento do respectivo segurado e o consequente repasse em favor da sociedade seguradora.

19 – Excedente técnico: saldo positivo obtido pela American Life na apuração do resultado operacional de uma apólice coletiva, em determinado período;

20 – 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;

21 – Grupo segurado: é a totalidade do grupo segurável efetivamente aceita e incluída na apólice coletiva;

22 – Grupo segurável: é a totalidade das pessoas físicas vinculadas ao Estipulante, que reúne as condições para inclusão na apólice coletiva;

23 – Início de vigência: é a data a partir da qual as coberturas de risco propostas serão garantidas pela American Life;

24 – Invalidez Funcional Permanente Total por Doença: É aquela que causa a perda de existência independente do Segurado, considerada esta como a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabiliza de forma irreversível o pleno exercício das relações autonômicas do Segurado, comprovado de forma definitiva, observadas as Condições Gerais e/ou Especiais do seguro. Consideram-se também como total e permanentemente inválidos, para efeitos desta cobertura, os Segurados portadores de doença em fase terminal atestada por profissional legalmente habilitado;

25 – Nota Técnica Atuarial: documento que contém a descrição e o equacionamento técnico do plano, protocolizado na SUSEP previamente à comercialização;

26 – 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;

27 - Período de Cobertura (ou vigência): aquele durante o qual o Segurado ou os Beneficiários, quando for o caso, farão jus aos capitais segurados contratados;

28 – Prêmio: valor correspondente a cada um dos pagamentos destinados ao custeio do seguro;

29 – Proponente: o interessado em contratar a cobertura (ou coberturas), ou que será incluído no contrato, no caso de contratação coletiva;

30 – 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

31 - 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;

32 – Regime Financeiro de Repartição Simples: é o regime pelo qual a soma dos prêmios pagos pelos Segurados e/ou Estipulante será coincidente com o valor estatisticamente apurado para o pagamento dos sinistros que ocorrerem na vigência da apólice, mais as despesas administrativas e operacionais necessárias à manutenção do seguro e a margem de lucro da Seguradora, segundo a nota técnica atuarial depositada junto à SUSEP.

33 – Risco: Evento incerto ou de data incerta e que independe da vontade das partes contratantes, contra o qual é feito o seguro;

34 – Riscos Excluídos: são aqueles riscos, previstos nas Condições Gerais, Especiais e ou Contrato, que não serão cobertos pelo plano;

35 – Segurado: pessoa física sobre a qual se procedeu a avaliação do risco para estabelecimento do seguro;

36 – Seguro: contrato pelo qual a American Life, mediante a cobrança de prêmio, se compromete a pagar ao Segurado ou o Beneficiário o capital segurado, pela ocorrência do evento coberto pela apólice;

37 – Seguradora: É a American Life Companhia de Seguros, que assume a responsabilidade dos riscos cobertos pela apólice mediante o prévio recebimento do prêmio;

38 – Sinistro: é a ocorrência do risco coberto, durante o período de vigência do plano de seguro.

Informações Gerais:

- A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco;
- O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.
- O Segurado deverá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.
- Os tributos incidentes no seguro serão pagos por quem a lei determinar.
- As peças promocionais e de propaganda só poderão ser divulgadas com autorização expressa e sob supervisão da American Life, respeitadas rigorosamente as Condições Gerais, Especiais e a Nota Técnica Atuarial.

CLÁUSULA ADICIONAL

MORTE ACIDENTAL

1. GARANTIA

A presente cláusula adicional tem por objetivo garantir, na forma a seguir indicada, o pagamento do capital contratado aos beneficiários do Segurado, no caso de ocorrer a morte deste, em consequência de acidente

2 – RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no item **DEFINIÇÕES** das **Condições Gerais - 1. Acidentes Pessoais**, inclusive, e sua **alínea a**, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- c) choque elétrico e raio;
- d) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- e) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- f) queda n'água ou afogamento;
- g) sequestro e/ou sua tentativa.

3- RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos conceituados na **alínea b** de – **28 - definições; 1. Acidente pessoal**, estão também expressamente excluídos da cobertura do seguro os acidentes ocorridos em consequência dos itens listados em **4 - Riscos Excluídos**, ambos contidos nas **Condições Gerais**.

4. – ÂMBITO GEOGRÁFICO DA COBERTURA

Esta cláusula terá cobertura em todo o globo terrestre.

5. CAPITAL SEGURADO

Será proporcional ao capital segurado estabelecido para a garantia básica – Morte - em vigor na data do acidente, sendo a proporcionalidade expressa no Contrato ou em aditivo próprio.

6. INÍCIO E TÉRMINO DA GARANTIA

6.1 – A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início da garantia Morte, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula Adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
- c) com o pagamento da importância segurada garantida pela presente cláusula.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplicam-se à garantia concedida por esta Cláusula Adicional, todas as disposições contidas nas Condições Gerais da apólice não modificadas pela presente.

CLÁUSULA ADICIONAL

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

1. GARANTIA

- 1.1.- A presente cláusula adicional tem por objetivo garantir, na forma a seguir indicada, o pagamento de uma importância em dinheiro ao Segurado, em caso de invalidez permanente decorrente de acidente coberto, desde que esteja terminado o tratamento e seja definitivo o caráter da invalidez;
- 1.2.- Como invalidez permanente entende-se a perda ou impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão;
- 1.3.- O capital segurado será pago de acordo com a tabela constante no item 7 (sete) desta cláusula, calculadas as percentagens sobre o capital segurado;
- 1.4.- No caso de perda parcial, ficando reduzidas as funções do membro ou órgão lesado, mas não abolidas por completo, a importância a ser paga será calculada pela aplicação da percentagem de redução funcional apresentada pelo membro ou órgão atingido, conforme percentagem prevista na tabela para a perda total do membro, órgão ou parte atingida;
- 1.5.- Nos casos de invalidez parcial não especificado na tabela, a importância a ser paga será estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão. No caso de lesões de articulação, as reduções de movimentos (ou função), além de descritas no atestado médico, deverão ser fixadas em percentagens, ficando estabelecido que, na falta de indicação da percentagem de redução, sendo informado apenas o grau dessa redução (máxima, médio e mínimo), a importância a ser paga será calculada, respectivamente, na base de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento);
- 1.6.- Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a importância a ser paga será calculada somando-se as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) da importância segurada para a garantia coberta por esta cláusula. Havendo 2 (duas) ou mais lesões em um mesmo membro ou órgão, a soma das percentagens correspondentes não poderá exceder ao percentual de capital segurado previsto para a sua perda total;
- 1.7.- A perda ou o agravamento da redução funcional de um membro ou órgão já defeituoso antes do acidente não dá direito ao capital segurado, salvo quando previamente declarado pelo Segurado, caso em que se deduzirá do grau de invalidez definitiva do grau de invalidez pré-existente;
- 1.8.- A perda de dentes, em consequência de acidente, não dá direito à pagamento por invalidez permanente;
- 1.9.- No caso de se verificar mais de um pagamento de importância segurada por motivo de invalidez permanente parcial por acidente, o valor total pago pela cláusula, na somatória dos eventos cobertos, não poderá exceder ao valor total do capital segurado determinado para esta garantia;
- 1.10.- A reintegração do capital segurado relativa a esta garantia de invalidez permanente por acidente será automática após cada acidente, sem a cobrança de prêmio adicional.

2 – RISCOS COBERTOS

Além dos riscos conceituados no item **DEFINIÇÕES** das **Condições Gerais - 1. Acidentes Pessoais**, inclusive, e sua **alínea a**, estão expressamente cobertas as lesões acidentais decorrentes de:

- a) ataques de animais e os casos de hidrofobia, envenenamento ou intoxicações deles decorrentes, excluídas as doenças infecciosas e parasitárias transmitidas por picadas de insetos;
- b) atentados ou agressões, atos de legítima defesa e atos praticados por dever de solidariedade humana;
- c) choque elétrico e raio;
- d) contato com substâncias ácidas ou corrosivas;
- e) tentativa de salvamento de pessoas ou bens;
- f) queda n'água ou afogamento;
- g) sequestros e tentativas de sequestros.

3 – RISCOS EXCLUÍDOS

3.1 - Além dos riscos conceituados na **alínea b** de - **Definições – 1. Acidentes Pessoais**, estão expressamente excluídos da cobertura do seguro os acidentes ocorridos em consequência dos riscos identificados em **4 - Riscos Excluídos**, ambos contidos nas **Condições Gerais**.

4. ÂMBITO TERRITORIAL DE COBERTURA

A presente cláusula adicional abrange os acidentes ocorridos em qualquer parte do globo terrestre.

5. CAPITAL SEGURADO

O capital segurado por esta cláusula é proporcional ao capital segurado da garantia de Morte em vigor na data do acidente, sendo a proporcionalidade expressa no Contrato ou em aditivo próprio.

6. INÍCIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

6.1 – A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início da garantia de Morte ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

- a) simultaneamente com o cancelamento da apólice ou da presente cláusula adicional;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice.



7. TABELA PARA CÁLCULO DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

TABELA PARA CALCULO DE PERCENTUAIS DE CAPITAL SEGURADO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE		
Invalidez Permanente	Discriminação	% SOBRE CAPITAL SEGURADO
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
	Nefrectomia bilateral	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	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	
PARCIAL 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: equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo		



PARCIAL MEMBROS INFERIORES	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos 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, equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do respectivo dedo	
	Encurtamento de um dos membros inferiores:	
	- de 5 (cinco) centímetros ou mais	15
	- de 4 (quatro) centímetros	10
- de 3 (três) centímetros	6	
- Menos de 3 (três) centímetros : sem pagamento		
	PERDA DO USO DE MEMBROS SEM PERDA ANATÔMICA	
	A perda ou redução da força ou da capacidade funcional considerada é a que não resulte de lesões articulares ou de segmentos amputados, constantes dos quadros próprios da tabela	
D I V E R S A S	MANDÍBULA:	
	Maxilar inferior (mandíbula) redução de movimentos:	
	- Em grau mínimo	05
	- Em grau médio	10
	- Em grau máximo	20
	NARIZ:	
	- Amputação total do nariz com perda total do olfato	25
	- Perda total do olfato	07
	- Perda do olfato com alterações gustativas	10
	APARELHO VISUAL E ANEXOS DO OLHO:	
	- Diplopia	15
	Lesões das vias lacrimais:	
	- Unilateral	07
- Unilateral com fistulas	15	
- Bilateral	14	
- Bilateral com fistulas	25	



D I V E R S A S	Lesões da pálpebra	
	- Ectrópio unilateral	03
	- Ectrópio bilateral	06
	- Entrópio unilateral	07
	- Entrópio bilateral	14
	- Má oclusão palpebral unilateral	03
	- Má oclusão palpebral bilateral	06
	- Ptose palpebral unilateral	05
	- Ptose palpebral bilateral	10
	APARELHO DA FONÇAÇÃO:	
	- Perda da Palavra (mudez incurável)	50
	- Perda de substância (palato mole e duro)	15
	SISTEMA AUDITIVO	
	- Amputação total de uma orelha	08
	- Amputação total das duas orelhas	16
	PERDA DO BAÇO	15
	APARELHO URINÁRIO	
	- Retenção crônica de urina (sondagens obrigatórias)	15
	- Cistostomia (definitiva)	30
	- Incontinência urinária permanente	30
	PERDA DE UM RIM, COM RIM REMANESCENTE	
	- Com função renal preservada	30
	- Redução da função renal (não dialítica)	50
	- Redução da função renal (dialítica)	75
	- Perda de rim único	75
	APARELHO GENITAL E REPRODUTOR:	
	- Perda de um testículo	05
	- Perda de dois testículos	15
	- Amputação traumática do pênis	40
	- Perda de um ovário	05
	- Perda de dois ovários	15
	- Perda do útero antes da menopausa	30
	- Perda do útero depois da menopausa	10
PESCOÇO		
- Estenose da faringe com obstáculo à deglutição	15	
- Lesão do esôfago com transtornos da função motora	15	
- Traquesostomia definitiva	40	
TÓRAX		
APARELHO RESPIRATÓRIO		
- Sequelas pós-traumática pleurais	10	



D I V E R S A S	Ressecção total ou parcial de um pulmão (pneumectomia – parcial ou total)	
	- com função respiratória preservada	15
	- com redução em grau mínimo da função respiratória	25
	- com redução em grau médio da função respiratória	50
	- com insuficiência respiratória	75
	MAMAS (FEMININAS)	
	- Mastectomia unilateral	10
	- Mastectomia bilateral	20
	ABDOMEM (ÓRGÃO E VÍSCERAS)	
	- Gastrectomia subtotal	20
	- Gastrectomia total	40
	INTESTINO DELGADO	
	- Ressecção parcial	20
	- Ressecção parcial com síndrome disabsortiva ou ileostomia definitiva	40
	INTESTINO GROSSO	
	- Colectomia parcial	20
	- Colectomia total	40
	- Colostomia definitiva	40
	RETO E ÂNUS	
	- Incontinência fecal sem prolapso	30
	- Incontinência fecal com prolapso	50
	- Retenção anal	10
	FÍGADO	
	- Lobectomia hepática sem alteração funcional	10
	- Lobectomia com insuficiência hepática	50
	SÍNDROMES NEUROLÓGICAS	
	- Epilepsia pós-traumática	20
	- Derivação ventrículo-peritoneal (hidrocefalia)	20
- Síndrome pós-concussional	05	

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplicam-se à garantia concedida por esta cláusula adicional todas as disposições contidas nas Condições Gerais da apólice não modificadas pela presente.

CLÁUSULA ADICIONAL

COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

1- GARANTIA

*Esta garantia tem por objetivo garantir ao Segurado, desde que este o requeira, o pagamento antecipado do capital segurado contratado para a cobertura de Morte, em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença que cause a perda da existência independente, sob critérios devidamente especificados no item **2.1 - Riscos Cobertos**, exceto se decorrente do item **3 - Riscos Excluídos**, ambos pertencentes a esta cláusula, observadas ainda as disposições do item **12 - Cancelamento do Seguro**, constantes das Condições Gerais.*

2 - COBERTURA

*A Perda da Existência Independente será caracterizada pela ocorrência de Quadro Clínico Incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Relações Autônomicas do Segurado. Este Quadro Clínico Incapacitante deverá ser comprovado através de parâmetros e documentos devidamente especificados no item **19 - Liquidação de Sinistro** das Condições Gerais.*

2.1 Riscos Cobertos

*Consideram-se como Riscos Cobertos as ocorrências comprovadas, segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada, de um dos seguintes Quadros Clínicos Incapacitantes, provenientes **exclusivamente de doença**:*

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

2.2 - Demais Riscos Cobertos

Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como riscos cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF, descrito no item 8 (oito) desta cláusula adicional, 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 de Estados Conexos) avalia, através de escalas, compreendendo 3 (três) 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.

3. – RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos mencionados no item 4 “Riscos Excluídos”, constantes das Condições Gerais consideram-se também como excluídos, ainda que redundando em quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das funções autonômicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta e ou indireta, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;

b) a invalidez laborativa permanente total por doença, assim entendida aquela para a qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com recursos disponíveis no momento de sua constatação, para 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 progressivo;

e) as doenças agravadas por traumatismos;

f) as doenças nas quais se documente alguma interação e ou intercorrência relacionadas 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 dos riscos cobertos.

4 – DATA DO SINISTRO

A data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença será consignada por médico que esteja assistindo ao Segurado e, na ausência deste, por profissional médico que já tenha lhe prestado algum atendimento, ou, ainda,

estabelecida através da verificação de evidências documentais apuradas em registros lavrados por profissionais médicos em qualquer tempo.

4.1 - 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 e por outras instituições 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 de natureza profissional como medida para oficialização de afastamentos laborativos, assim como quaisquer outros resultados que sejam subsidiados por elementos médicos característicos apenas de graus de incapacidade parcial.

4.2 – Junta Médica

No caso de divergências sobre a causa, natureza ou avaliação do estado de invalidez funcional permanente e total por doença, a American Life proporá ao Segurado, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação do Segurado, a constituição de junta médica.

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

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

O prazo para constituição da junta médica será de, no máximo, 15 (quinze) dias, a contar da data da indicação do membro nomeado pelo Segurado.

4.3 – 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 American Life tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

5 - FORMA DE PAGAMENTO DO CAPITAL SEGURADO

Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela American Life, o pagamento do capital segurado contratado poderá ser realizado sob a forma de pagamento único.

6 - CANCELAMENTO DO SEGURO

Desde que efetivamente comprovada, por ser a cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença uma antecipação da cobertura de Morte, seu pagamento integral extingue, imediata e automaticamente a cobertura para o caso de morte, bem como o seguro. Nessa hipótese, os prêmios eventualmente pagos após a data do requerimento de pagamento do capital segurado serão devolvidos, atualizados monetariamente.

Não restando comprovada a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o seguro continuará em vigor, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e, se houver, das Condições Especiais e Contrato, sem qualquer devolução de prêmios.

6.1 Esta cláusula poderá ser cancelada nas mesmas condições estabelecidas no item 12 – Cancelamento do Seguro, das Condições Gerais da apólice.

7. INICIO E TÉRMINO DESTA GARANTIA

A garantia compreendida por esta cláusula começa a vigorar, para todos os Segurados da apólice, simultaneamente com o início da cobertura de Morte, ou em data posterior, prevista em aditivo, quando esta cláusula não integrar as condições iniciais da apólice e termina:

- a) Simultaneamente com o cancelamento da apólice ou da presente Cláusula Adicional, exceto para o Segurado que esteja em gozo do benefício concedido pela mesma;
- b) A partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado da apólice;
- c) Com o pagamento do capital segurado na forma prevista no item 5 desta cláusula.

8. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplicam-se à garantia concedida por esta cláusula adicional, todas as disposições contidas nas Condições Gerais da apólice não modificadas pela presente.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ FUNCIONAL – IAIF

TABELA DE RELAÇÕES EXISTENCIAIS, CONDIÇÕES MÉDICAS E ESTRUTURAIS E DE ESTADOS CONEXOS

ATRIBUTOS	ESCALAS	PONTOS
RELAÇÕES DO SEGURADO COM O COTIDIANO	<p>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.</p>	00
	<p>2º GRAU: O SEGURADO APRESENTA DESORIENTAÇÃO; NECESSITA DE AUXÍLIO À LOCOMOÇÃO E OU PARA SAIR À RUA; COMUNICA-SE COM DIFICULDADE; REALIZA PARCIALMENTE AS ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS DE ORDEM RELATIVAS OU PREJUÍZO INTELLECTUAL E OU DE COGNIÇÃO.</p>	10
	<p>3º GRAU: O SEGURADO APRESENTA-SE RETIDO AO LAR; TEM PERDA NA MOBILIDADE OU NA FALA; NÃO REALIZA ATIVIDADES DO COTIDIANO; POSSUI RESTRIÇÕES MÉDICAS IMPEDITIVAS DE ORDEM TOTALITÁRIA OU APRESENTA ALGUM GRAU DE ALIENAÇÃO MENTAL.</p>	20



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

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

TABELA DE DADOS ANTROPOMÉTRICOS, FATORES DE RISCO E DE MORBIDADE

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

GLOSSÁRIO MÉDICO PARA OS TERMOS RELACIONADOS À COBERTURA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

- 1) **Agravo Mórbido** – Piora de uma doença.
- 2) **Alienação Mental** - Distúrbio mental ou neuromental em que haja alteração completa da personalidade, comprometendo em definitivo o pensamento lógico (juízo de valor), a realidade (juízo crítico) e a memória, destruindo a capacidade de realizar atos eficientes, objetivos e propositais e tornando o Segurado total e permanentemente impossibilitado para a vida civil.
- 3) **Aparelho Locomotor** – Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.
- 4) **Atividade Laborativa** – Qualquer ação ou trabalho através do qual o Segurado obtenha renda.
- 5) **Auxílio** - A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.
- 6) **Ato Médico** – Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.
- 7) **Cardiopatia Grave** – Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do “Consenso Nacional de Cardiopatia Grave”.
- 8) **Cognição** – Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento, etc.
- 9) **Conectividade com a Vida** – Capacidade do ser humano de se relacionar como o meio externo que o cerca.
- 10) **Consumpção** – Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.
- 11) **Dados Antropométricos** – No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do Segurado.
- 12) **Deambular** – Ato de andar livremente com o uso do Aparelho Locomotor.
- 13) **Declaração Médica** - Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico-assistente ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do Segurado e respectivos fatos médicos correlatos.
- 14) **Deficiência Visual** – Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.
- 15) **Disfunção Imunológica** – Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

- 16) Doença Crônica** - Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.
- 17) Doença Crônica em Atividade** – Doença crônica que se mantém ativa, apesar do tratamento.
- 18) Doença Crônica de Caráter Progressivo** – Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.
- 19) Doença do Trabalho** - Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).
- 20) Doença em Estágio Terminal** - Aquela em estágio sem qualquer alternativa terapêutica e sem perspectiva de reversibilidade, sendo o paciente considerado definitivamente fora dos limites de sobrevivência, conforme atestado pelo médico assistente.
- 21) Doença Neoplásica Maligna Ativa** - Crescimento celular desordenado, provocado por alterações genéticas no metabolismo e nos processos de vida básicos das células que controlam seu crescimento e multiplicação. São os chamados cânceres ou tumores malignos em atividade.
- 22) Doença Profissional** – Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.
- 23) Estados Conexos** – Representa o relacionamento consciente e normal do Segurado com o meio externo.
- 24) Etiologia** - Causa de cada doença.
- 25) Fatores de Risco e Morbidade** – Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ela interage.
- 26) Hígido** – Saudável.
- 27) Médico Assistente** – Médico que está assistindo ao Segurado ou que já lhe tenha prestado assistência continuada.
- 28) Prognóstico** – Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e termo de uma doença.
- 29) Quadro Clínico** – Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.
- 30) Recidiva** – Reaparecimento de uma doença algum tempo depois de um acometimento.
- 31) Refratariedade Terapêutica** – Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.
- 32) Relações Existenciais** – Aquelas que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.
- 33) Sentido de Orientação** – Faculdade do Segurado se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.
- 34) Sequela** – Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.
- 35) Transferência Corporal** – Capacidade do Segurado se deslocar de um local para outro, sem qualquer auxílio.

CLÁUSULA ADICIONAL
RENDA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1. OBJETO DO SEGURO

Este Seguro tem por objetivo garantir, até o limite do capital segurado, o pagamento de uma importância em dinheiro ao segurado, principal ou dependente, em caso de hospitalização em decorrência de doença ou acidente coberto de:

- a) Segurado Principal com idade entre 21 (vinte e um) anos e 64 (sessenta e quatro) anos;**
- b) Cônjuge ou companheira com idade entre 21 (vinte e um) anos e 64 (sessenta e quatro) anos;**
- c) Filhos solteiros com idade entre 6 (seis) meses e 20 (vinte) anos, inclusive.**

2 – GARANTIA DO SEGURO

A cobertura de Diária de Internação Hospitalar garante o pagamento de uma importância em dinheiro proporcional ao período de internação do Segurado, observados o período de franquia e o limite contratual máximo por evento fixado nesta cláusula adicional.

2.1 – O período de franquia para esta cobertura adicional será de 15 (quinze) dias a contar da data do evento;

2.2 – O valor do capital segurado será estabelecido sob a forma de diária, independentemente das despesas efetuadas pelo Segurado;

2.3 – A garantia deste seguro fica limitada a 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias de internação hospitalar por evento;

2.4 – Não será computada para fins de pagamento de capital segurado, a internação hospitalar inferior ao período de 12 (doze) horas;

2.5 – Ocorrendo uma nova internação do Segurado dentro do prazo de 365 (trezentos e sessenta e cinco) dias de sua última internação, resultante de uma mesma causa ou diretamente relacionadas com a referida causa, será computado o período da nova internação juntamente com a primeira internação, sendo que a Renda Diária devida não poderá ultrapassar o valor equivalente a 365 (trezentos e sessenta e cinco) diárias, ou ao número de diárias estabelecido no contrato e certificado individual, se menor. As novas internações aqui tratadas serão consideradas para efeito do presente seguro como continuação do mesmo evento;

2.6 - O reembolso do valor solicitado referente a cobertura adicional de Renda Diária será paga ao Segurado Principal mediante a apresentação, em até 30 (trinta) dias do recebimento do Aviso do Sinistro, da(s) nota(s) fiscal(is) emitida(s) pelo Hospital e demais documentos comprobatórios da internação e do evento, dos quais constem o nome do Segurado internado, a causa da internação e o período de sua permanência no hospital.

3 - RISCOS EXCLUÍDOS

Além dos riscos identificados nas condições gerais - item 4 – Riscos Excluídos, estão expressamente não cobertos pelo seguro as internações hospitalares consequentes de:

- a) exames físicos de rotina ou qualquer outro exame sem a ocorrência de abalo na saúde normal do segurado;**
- b) cirurgia para mudança de sexo, inseminação artificial e qualquer tratamento para esterilidade ou controle de natalidade, bem como, suas consequências;**
- c) cirurgias plásticas, salvo as restauradoras decorrentes de acidente pessoal ocorrido na vigência deste seguro e realizadas no prazo de 90 (noventa) dias, contados a partir da data do acidente;**
- d) internações em estabelecimentos não considerados como sendo hospitais, tais como:
 - d.1.- instituições para recuperação de viciados em álcool e drogas;****

- d.2.- clínicas hidroterápicas ou de métodos curativos naturais;
- d.3.- clínicas de convalescença de tratamento médico, do tipo pós-operatório e/ou reabilitação de acidentados pessoais;
- d.4.- clínicas para tratamento e obesidade e estética.

4. ACEITAÇÃO DE PARTICIPANTES

Para contratar a cláusula de Renda Diária por Internação Hospitalar, o Proponente deverá ter vínculo com o Estipulante e idade entre 21 (vinte e um) e 64 (sessenta e quatro) anos inclusive, estar no pleno exercício de suas atividades profissionais e/ou pessoais equivalentes a uma pessoa de mesma idade e sexo, gozando de boa saúde na data de sua inclusão no plano.

4.1 - Ao encaminhar a proposta de adesão à Seguradora, o Proponente deverá indicar os Dependentes Segurados, se houver, prestando declaração quanto ao seu estado de saúde e de cada um dos demais participantes.

5. PRAZO DE VIGÊNCIA DO SEGURO

A garantia desta cláusula adicional tem seu início de vigência na data fixada na apólice e vigorará nos mesmos prazos da apólice de Vida em Grupo, limitada à data em que o Segurado completar 65 (sessenta e cinco anos) de idade.

6. EXCLUSÃO DO SEGURADO

O Segurado será automaticamente excluído desta cobertura adicional, nos mesmos termos, prazos e condições estipulados nas cláusulas e condições do Seguro de Vida em Grupo, do qual esta cláusula é parte integrante.

7. PERDA DO DIREITO À CAPITAL SEGURADO

O Segurado Principal perderá o direito ao capital segurado e conseqüentemente será excluído desta cláusula adicional nos mesmos termos, prazos e condições estipulados nas cláusulas e condições do seguro de Vida em Grupo, do qual esta cláusula é parte integrante.

8. PROCEDIMENTOS EM CASOS DE SINISTROS

Em caso de sinistro, o pedido de pagamento do capital segurado deverá ser solicitado pelo Segurado. Para tanto deverá:

- a) preencher e enviar o formulário próprio de comunicação de aviso de sinistro;
- b) anexar declaração do Médico Assistente, caracterizando diagnóstico presumível e os procedimentos realizados;
- c) anexar notas fiscais ou documentos comprobatórios para fins legais, que comprovem a quantidade de diárias por internação reclamada.

9. PERÍCIA DA SEGURADORA

A Seguradora reserva-se o direito de solicitar perícias em todos os casos que julgar necessário.

- a) - O Segurado Principal autoriza expressamente seu Médico Assistente e as entidades de prestação de assistência médico-hospitalar envolvidas em seu atendimento, a fornecerem as informações solicitadas pelo perito da Seguradora, a qual se compromete em zelar pela confidencialidade de tais informações;
- b) - Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento do capital segurado dando por nulo o respectivo contrato de seguro e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e pagamentos de capital segurado realizados, sem prejuízo das ações penais cabíveis.

10. DISPOSIÇÕES GERAIS

Na hipótese de terem sido aceitas mais de uma proposta de seguro de Renda Diária pelo mesmo Segurado inscrito, será considerada válida apenas a primeira proposta aceita pela Seguradora;

10.1 - Toda e qualquer alteração ao presente seguro somente será válido se efetuada por escrito, com a concordância da Seguradora e da Estipulante;

10.2 - Aplica-se à garantia concedida por esta Cláusula Adicional, todas as disposições contidas nas Condições Gerais da apólice de Vida em Grupo não modificadas pela presente.

DEFINIÇÕES

Para melhor compreensão desta Cláusula Adicional, serão adotadas as seguintes definições:

1) COBERTURA: a garantia de pagamento de uma importância em dinheiro ao Segurado Principal, em virtude da ocorrência do evento causado unicamente por Acidente ou Doença, nos limites previstos na Proposta e na Apólice de Seguro.

2) DEPENDENTE SEGURADO: cônjuge ou companheira(o) do Segurado Principal, com idade entre 21 (vinte e um) e 64 (sessenta e quatro) anos inclusive e/ou filhos menores com idade entre 06 (seis) meses 20 (vinte) anos inclusive.

3) DOENÇA: o processo mórbido que comprometa as condições físicas e de saúde do participante, e que por si só, torne obrigatória a internação hospitalar para tratamento clínico por período superior a 12 (doze) horas.

4) EVENTO: período de internação do Segurado em hospital em virtude de Acidente ou Doença. O evento tem início com a comprovação médica da hospitalização e termina com a verificação da alta do Segurado, observados os limites estabelecidos nas condições contratuais.

5) HOSPITAL: é o estabelecimento legalmente constituído e licenciado, no Brasil ou no exterior, devidamente instalado e equipado para tratamento médico e/ou cirúrgico à seus pacientes.

6) MÉDICO ASSISTENTE: é o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina. Não serão aceitos como Médico Assistente o próprio Segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins.

7) RENDA DIÁRIA: corresponde ao valor do capital segurado, para cada dia de internação, devida pela Seguradora ao Segurado Principal, conforme definido na proposta e na apólice de seguro, em decorrência do evento coberto.

8) SEGURADO PRINCIPAL: qualquer pessoa física com idade entre 21 (vinte e um) e 64 (sessenta e quatro) anos inclusive que mantém vínculo direto com o Estipulante e contrata o seguro.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR INCLUSÃO DE CÔNJUGES

1. OBJETO

1.1 – A presente Cláusula Suplementar tem por objetivo garantir uma importância em dinheiro ao Segurado pela morte do seu cônjuge, na forma a seguir indicada.

1.1.1 - Poderão ser garantidas as Cláusulas de M, MA e IPA. Não é extensiva ao Cônjuge a garantia adicional de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença - IFPD.

1.2 – A(O) companheira(o) equipara-se ao cônjuge quando presentes os requisitos do artigo 1.723, CC, e seus parágrafos.

1.3 – Não poderão participar desta cláusula suplementar os Cônjuges e Companheiros(as) considerados(as) seguráveis como Principais.

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

2.1 – Somente serão aceitos os Cônjuges que se encontrarem em boas condições de saúde;

2.2 – A Declaração Pessoal de Saúde será feita pelo Segurado Principal, mediante o preenchimento da proposta de adesão.

3. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

3.1 – **Automática:** nesta forma estarão cobertos automaticamente pelo seguro os Cônjuges dos Segurados Principais.

3.2 – **Facultativa:** nesta forma, só estarão cobertos pelo seguro os Cônjuges dos Segurados Principais que se manifestarem favoravelmente a sua inclusão na apólice, através do preenchimento da proposta de adesão.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 – O capital segurado para a garantia de Morte do cônjuge será equivalente ao percentual expresso no Contrato ou em aditivo próprio, aplicável à garantia de Morte do respectivo Segurado Principal;

4.2 – O capital segurado para as garantias adicionais serão proporcionais à garantia de Morte do Cônjuge, conforme especificado no Contrato.

5. BENEFICIÁRIOS

5.1 – O capital segurado por Morte, devida por esta cláusula suplementar, será pago ao Segurado Principal.

6. INÍCIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

6.1 – A garantia ou o conjunto de garantias concedidas pela presente cláusula, começam a vigorar para todos os Cônjuges simultaneamente com o início da cobertura de Morte, ou em data posterior, prevista em Aditivo quando esta Cláusula não integrar as condições contratuais no início da apólice e terminam:



- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente cláusula;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado Principal da apólice;
- c) com a morte do Segurado Principal;
- d) no caso de cancelamento de seu registro, quando se tratar de Companheira(o);
- e) a pedido do Segurado Principal;
- f) com o pagamento do capital segurado garantido pela presente cláusula.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplicam-se à garantia concedida por esta cláusula suplementar, todas as disposições contidas nas Condições Gerais, Especiais e/ou no Contrato, não modificadas pela presente.

CLÁUSULA SUPLEMENTAR

INCLUSÃO DE FILHOS

1. OBJETO

1.1 – Pela presente cláusula suplementar fica assegurado a inclusão na apólice dos Filhos do Segurado.

2. CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO

2.1 – Consideram-se como Filhos para os efeitos desta cláusula, os enteados e menores considerados dependentes do Segurado Principal, de acordo com o regulamento do imposto de renda.

3. FORMA DE PARTICIPAÇÃO

3.1 - Quando ambos os cônjuges pertencem ao mesmo grupo segurado, os Filhos serão incluídos uma única vez, como dependentes daquele de maior capital segurado, sendo este denominado Segurado Principal para efeito desta cláusula.

4. CAPITAL SEGURADO

4.1 – O capital segurado da garantia de Morte do filho não poderá exceder, em hipótese alguma, ao limite constante do item 3.1 desta cláusula suplementar.

4.2 – Para os menores de 14 anos, o seguro destina-se apenas ao reembolso das despesas com funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, observando-se:

4.2.1 – Incluem-se entre as despesas com o funeral as havidas com o traslado;

4.2.2 – Não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

5. BENEFICIÁRIOS

5.1 – O capital segurado por Morte, devida por esta cláusula suplementar será pago ao Segurado Principal.

6. INICIO E TÉRMINO DE VIGÊNCIA

6.1 – A garantia concedida pela presente cláusula começa a vigorar para todos os Filhos simultaneamente com o início da cobertura de Morte, ou em data posterior, prevista em aditivo quando esta cláusula não integrar as condições contratuais iniciais da apólice e terminam:

- a) simultaneamente, com o cancelamento da apólice ou da presente cláusula;
- b) a partir da data em que ocorrer a exclusão do Segurado Principal da apólice;
- c) com a morte do Segurado Principal;
- d) a pedido do Segurado Principal;
- e) com o cancelamento da cláusula suplementar de Cônjuge.

7. DISPOSIÇÕES GERAIS

Aplicam-se à garantia concedida por esta cláusula suplementar, todas as disposições contidas nas Condições Gerais, Especiais e/ou no Contrato, não modificadas pela presente.

CNPJ 67.865.360/0001-27

Processo SUSEP nº 10.003894/99-11