

SEGURO VIDA CORPORATE UNIBANCO AIG  
PROCESSO SUSEP 10.004.985/99-18

Agora você já pode contar com toda a tranquilidade proporcionada pelo seguro UNIBANCO AIG VIDA CORPORATE.

Este é um seguro de vida em grupo, totalmente flexível, capaz de atender com qualidade as necessidades específicas e capacidade de investimento de cada empresa.

Com um desenho de plano personalizado, a empresa poderá deixar o benefício aderente ao perfil de cada grupo de colaboradores, combinando as garantias que oferecemos juntamente com os capitais segurados desejados.

Procuramos simplificar a operação em todos os seus estágios, desde a compreensão das condições até a contratação do seguro e a liquidação do sinistro.

Confira a seguir as principais características do seu seguro.

## I - CONDIÇÕES CONTRATUAIS

### 1. INFORMAÇÕES PRELIMINARES

1. A aceitação deste seguro estará sujeita à análise do risco;
2. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização;
3. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

## 2. APRESENTAÇÃO

O UNIBANCO AIG VIDA CORPORATE Unibanco AIG é um seguro de vida em grupo contributivo ou não, dependendo da escolha do estipulante, com contratação diferenciada, cujas garantias cobrem a totalidade dos empregados ativos da empresa incluídos no plano de seguro.

Apresentamos a seguir as Condições Contratuais do seguro, que estabelecem as normas de funcionamento das garantias contratadas.

Para os devidos fins e efeitos, serão consideradas em cada caso somente as condições correspondentes às garantias aqui previstas e discriminadas, desprezando-se quaisquer outras.

Mediante a contratação do seguro, o segurado aceita explicitamente as cláusulas limitativas que se encontram no texto destas Condições Contratuais.

Para os casos não previstos nestas condições, serão aplicadas as leis que regulamentam os seguros no Brasil.

## 3. ESTRUTURA DESTE CONTRATO DE SEGURO:

As condições contratuais deste seguro apresentam-se em partes assim denominadas:

Condições Contratuais são o conjunto de disposições que regem a contratação, incluindo as constantes da proposta de contratação, das condições gerais, das condições especiais, do contrato e da apólice

Condições Gerais são as cláusulas comuns a todas as garantias e/ou modalidades desta apólice de seguro, que estabelecem obrigações e os direitos do segurado, da seguradora, dos beneficiários e do estipulante.

Condições Especiais são as cláusulas relativas às garantias deste plano de seguro, onde são descritos quais são os riscos cobertos e os riscos não cobertos em cada garantia.

Contrato do Seguro é o instrumento jurídico firmado entre o estipulante e a seguradora, que estabelecem as peculiaridades da contratação do plano coletivo, e fixam os direitos e obrigações do estipulante, da seguradora, dos segurados e dos beneficiários.

## 4. GLOSSÁRIO:

Para facilitar a compreensão dos termos utilizados nesta apólice, incluímos uma relação com os principais termos técnicos empregados, a qual passa a fazer parte integrante das Condições Contratuais.

**ACIDENTE PESSOAL:** É o evento com data caracterizada, exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, e causador de lesão física, que, por si só e independente de toda e qualquer outra causa, tenha como consequência direta a morte, ou a invalidez permanente, total ou parcial, do segurado, ou que torne necessário tratamento médico, observando-se que:

a) incluem-se nesse conceito:

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

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

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

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

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

b) excluem-se desse conceito:

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

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

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

b.4) as situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como "invalidez acidentária", nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente na caracterização de invalidez definido acima, por acidente pessoal.

**AGRAVO MÓRBIDO:** Piora de uma doença

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

**APARELHO LOCOMOTOR:** Conjunto de estruturas destinadas ao deslocamento do corpo humano.

**APÓLICE:** Documento emitido pela seguradora, formalizando a aceitação da garantia solicitada pelo estipulante.

**ATIVIDADE LABORATIVA:** Qualquer ação ou trabalho através do qual o segurado obtenha renda.

**AUXÍLIO:** A ajuda através de recurso humano e ou de utilização de estruturas ou equipamentos de apoio físico.

**ATO MÉDICO:** Procedimento técnico-profissional praticado por médico legalmente habilitado e regido por Resolução específica do Conselho Federal de Medicina.

**BENEFICIÁRIO:** Pessoa física designada para receber os valores dos capitais segurados, na hipótese de ocorrência do sinistro coberto;

**CAPITAL SEGURADO:** É a importância máxima a ser paga ao segurado ou beneficiário em função do valor estabelecido para cada garantia contratada, vigente na data do evento.

**CARDIOPATIA GRAVE:** Doença do coração assim classificada segundo os critérios constantes do Consenso Nacional de Cardiopatia Grave.

**CARTÃO PROPOSTA:** É o documento em que o proponente, pessoa física, expressa a intenção de aderir à contratação sob forma coletiva, manifestando-se pelo conhecimento e aceitação do seguro e suas condições.

**CERTIFICADO:** É o documento destinado ao segurado, emitido pela seguradora quando da aceitação do proponente ou de alteração de valores de capital segurado ou prêmio.

**COGNIÇÃO:** Conjunto de processos mentais usados no pensamento, na memória, na percepção, na classificação, no reconhecimento etc.

**CONECTIVIDADE COM A VIDA:** Capacidade do ser humano de se relacionar com o meio externo que o cerca.

**CONSUMPÇÃO:** Definhamento progressivo e lento do organismo humano produzido por doença.

**DADOS ANTROPOMÉDICOS:** No caso da Cobertura de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, o peso e a altura do segurado.

**DEAMBULAR:** Ato de andar livremente com o uso do aparelho locomotor.

**DECLARAÇÃO MÉDICA:** Documento elaborado na forma de relatório ou similar, onde o médico ou algum outro médico escolhido exprime sua opinião sobre o estado de saúde do segurado e respectivos fatos médicos correlatos.

**DEFICIÊNCIA VISUAL:** Qualquer prejuízo da capacidade de visão abaixo do considerado normal.

**DEPENDENTES:** São o cônjuge ou companheiro(a), os filhos, os enteados, desde que sejam menores e dependentes do segurado, de acordo com a legislação do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, quando incluídos no seguro e desde que não estejam relacionados como segurados.

**DISFUNÇÃO IMUNOLÓGICA:** Incapacidade do organismo de produzir elementos de defesa contra agentes estranhos causadores de doença.

**DOENÇA CRÔNICA:** Doença com período de evolução que ultrapassa a fase inicial, persistindo ativa por tempo indeterminado.

**DOENÇA CRÔNICA EM ATIVIDADE:** Doença crônica que se mantém ativa apesar do tratamento.

**DOENÇA CRÔNICA DE CARÁTER PROGRESSIVO:** Doença crônica que se mantém evolutiva em curso de piora, apesar do tratamento.

**DOENÇA DO TRABALHO:** Aquela que mantém relação com a atividade profissional ou com a função desempenhada, sendo assim reconhecida através de perícia médica previdenciária, onde há confirmação de causa e efeito positiva (nexo causal).

**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.

**DOENÇA NEOPLÁSICA MALÍGNA 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.

**DOENÇA PROFISSIONAL:** Aquela que decorre especificamente do exercício de determinada profissão.

**DOLO:** É um ato consciente através do qual alguém induz outro a erro, agindo de má fé, por meio fraudulento, visando um prejuízo pré-concebido, quer físico ou financeiro, em proveito próprio ou alheio.

**DOENÇAS PREEXISTENTES:** São as doenças de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão.

**ESTADOS CONEXOS:** Representa o relacionamento consciente e normal do segurado com meio externo.

**ESTIPULANTE:** É a pessoa jurídica, que contrata a apólice coletiva de seguro, investida dos poderes de representação dos segurados nos termos da legislação e da regulamentação em vigor.

**ETIOLOGIA:** Causa de cada doença.

**EVENTO COBERTO:** É o acontecimento futuro e incerto, de natureza involuntária, ocorrido durante a vigência do seguro e previsto nestas Condições Contratuais.

**FATORES DE RISCO E MORBI DADE:** Aquilo que favorece ou facilita o aparecimento ou a manutenção de uma doença, ou que com ele interage.

**GARANTIAS:** São as obrigações que a seguradora assume com o segurado quando da ocorrência de um evento coberto, previsto nestas Condições Contratuais.

**GRUPO SEGURÁVEL:** É o conjunto de pessoas, homogêneo em relação a uma ou mais características, expressas por um vínculo concreto a uma pessoa jurídica, empregador ou associação, bem como seus dependentes.

Para efeitos de Seguro de Vida em Grupo, considera-se como seguráveis as classes de profissionais abaixo classificadas como:

**Classe A:** grupos constituídos exclusivamente por componentes de uma ou mais categorias específicas de empregados de um mesmo empregador;

Equipara-se ao empregador a entidade fechada de previdência aberta.

A apólice de vida em grupo para empresas de segurados incluídos na Classe A pode abranger empresas coligadas, controladas e subsidiárias integrais do estipulante, de acordo com a lei das Sociedades Anônimas.

Os grupos que sejam constituídos por membros de associações que congreguem exclusivamente empregados de um mesmo empregador, ou de um grupo de empresas, também serão incluídas na Classe A.

**Classe B:** grupos constituídos exclusivamente por membros de associações legalmente constituídas, em que o sistema de pagamento de prêmio seja exclusivamente de desconto em folha de salários, inclusive as entidades de classe, em que haja seleção profissional não se exigindo nesse caso, necessariamente, o sistema de pagamento mediante desconto em folha;

**Classe C:** grupos de pessoas vinculadas a pessoas jurídicas que admitam a estipulação de seguros através de estatuto ou de decisão administrativa.

**GRUPO SEGURADO:** É o conjunto de pessoas do grupo segurável efetivamente aceito no seguro e cuja cobertura esteja em vigor.

**HÍGIDO:** Saudável

**INDENIZAÇÃO:** É o valor a ser pago pela seguradora ao segurado ou a seus beneficiários quando da ocorrência de um evento coberto, respeitadas as condições e os limites contratados.

**INVALIDEZ FUNCIONAL POR DOENÇA:** É considerada perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônomas do segurado, comprovado na forma definida nas Condições Contratuais e/ou especiais do seguro.

**MÉDICO:** É o profissional legalmente licenciado para a prática da medicina que presta informações a respeito da saúde do segurado. Não será aceito como médico o próprio segurado, seu cônjuge, seus dependentes, parentes consanguíneos ou afins, mesmo que habilitados a exercer a prática da medicina.

**PRÊMIO:** É o valor pago à seguradora para que esta assuma os riscos cobertos pelo seguro.

**PRESCRIÇÃO:** Extingue o direito de uma pessoa a exigir de outra uma prestação (ação ou omissão), ou seja, provoca a extinção da pretensão, quando não exercida no prazo definido em Lei. O prazo prescricional para toda e qualquer pretensão do segurado e vice-versa, é de 1(um) ano, contando-se este prazo da ciência do fato gerador da pretensão.

**PROGNÓSTICO:** Juízo médico baseado no diagnóstico e nas possibilidades terapêuticas acerca da duração, evolução e temo de uma doença.

**PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:** É o documento mediante o qual o estipulante expressa a intenção de contratar o seguro, especificando as garantias e capitais segurados propostos e manifestando pleno conhecimento e concordância com os termos estabelecidos nestas Condições Contratuais.

**QUADRO CLÍNICO:** Conjunto das manifestações mórbidas objetivas e subjetivas apresentadas por um doente.

**RECIDIVA:** Reaparecimento de um doença algum tempo depois de um acontecimento.

**REFRATARIEDADE TERAPÊUTICA:** Incapacidade do organismo humano em responder positivamente ao tratamento instituído.

**RELAÇÕES EXISTENCIAIS:** Aqueles que capacitam a autonomia existencial do ser humano em suas relações de conectividade com a vida.

**SEGURADO:** É a pessoa física que presta serviço de natureza não eventual ao estipulante, sob a dependência dele e mediante salário, na forma estabelecida pela CLT.

**SEGURO CONTRIBUTÁRIO:** Seguro no qual onde há a participação do segurado em parte ou, na totalidade, do prêmio de seguro.

**SEGURO NÃO CONTRIBUTÁRIO:** Seguro no qual o pagamento do prêmio é de responsabilidade exclusiva do estipulante.

**SEGURADORA:** É a empresa legalmente constituída para assumir e gerir riscos, devidamente especificados nos contratos de seguro.

**SENTIDO DE ORIENTAÇÃO:** Faculdade do indivíduo se identificar, relacionar e se deslocar livremente, sem qualquer auxílio, como o meio ambiente externo que o cerca.

**SEQÜELA:** Qualquer lesão anatômica ou funcional que permaneça depois de encerrada a evolução clínica de uma doença.

**SINISTRO:** É a ocorrência do evento coberto durante o período de vigência da apólice.

**TRANSFERÊNCIA CORPORAL:** Capacidade do segurado se deslocar de um local para o outro, sem qualquer auxílio.

**VIGÊNCIA:** É o período pelo qual está contratado o seguro.

## 5. OBJETIVO DO SEGURO

Este seguro tem por objetivo garantir o pagamento de uma indenização ao segurado ou aos seus beneficiários na ocorrência de um dos eventos cobertos pelas garantias contratadas, exceto se decorrentes de riscos excluídos, desde que, respeitadas as condições contratuais.

## 6. EVENTOS COBERTOS

Para fins deste seguro, consideram-se eventos cobertos aqueles definidos nas condições especiais, que fazem parte integrante e inseparável deste contrato.

Na hipótese de sinistro decorrente de risco simultaneamente amparado por várias garantias, prevalecerá aquela que for mais favorável ao segurado, a seu critério, não sendo admitida a acumulação de garantias, exceto quando da contratação das coberturas de Morte e Indenização Especial por Morte Acidental, em seus limites máximos contratados.

## 7. GARANTIAS

O seguro Vida Corporate Unibanco AIG oferece um total de 7 garantias, divididas em:

7.1 Garantia básica,: Morte - MQC

7.2 Garantias adicionais:

- a) Indenização Especial de Morte Acidental - IEA
- b) Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IPA
- c) Invalidez Funcional Permanente Total por Doença – IFPTD

d) Doenças Graves – DG

### 7.3 Garantias suplementares:

- e) Inclusão Automática de Cônjuges – IAC
- f) Inclusão Automática de Filhos – IAF

### 7.4 Condições para aceitação das garantias:

- a) A garantia básica é de contratação obrigatória;
- b) As garantias adicionais e suplementares são livremente escolhidas pelo estipulante, observados os limites estabelecidos para a contratação e, em nenhuma hipótese, poderão ser contratadas isoladas da garantia básica;
- c) As garantias, quaisquer que sejam, serão concedidas para todo o grupo segurado.

## 8. EVENTOS EXCLUÍDOS

Estão expressamente excluídos da cobertura deste seguro os eventos em consequência de:

- a) uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) invasões, hostilidades, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes, exceto quando se tratar de prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) não obstante o que em contrário possam dispor as condições gerais, especiais e/ou particulares do presente seguro, fica entendido e acordado que, para efeito indenitário, não estarão cobertos danos e perdas causados direta ou indiretamente por ato terrorista, cabendo à Seguradora comprovar com documentação hábil, independentemente de seu propósito, e desde que este tenha sido devidamente reconhecido como atentatório à ordem pública pela autoridade pública competente;
- d) doenças preexistentes à contratação do seguro, de conhecimento do segurado e não declaradas na proposta de adesão;
- e) epidemias, gripe aviária, absorção de substâncias tóxicas, exceto escapamento acidental de gases e vapores de caráter coletivo ou qualquer outra causa física que atinja maciçamente a população;
- f) doação e transplantes de órgãos intervivos;
- g) suicídio cometido dentro dos primeiros 24 meses do início da vigência individual do seguro;
- h) acidentes ocorridos em consequência direta ou indireta de quaisquer alterações mentais compreendidas entre elas as consequências da ação do álcool, de drogas ou entorpecentes, de usos fortuito, ocasional ou habitual;
- i) tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- j) quaisquer consequências decorrentes de atos ilícitos dolosos praticados pelo segurado, pelo beneficiário ou pelo representante legal de um ou de outro;
- k) atos ilícitos dolosos praticados por sócios controladores, dirigentes ou administradores, pelos beneficiários ou pelos respectivos representantes, em caso de seguro contratado por pessoa jurídica;
- l) ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do segurado de atos ilícitos ou contrários à lei, salvo se decorrentes da

utilização de meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

## 9. ÂMBITO GEOGRÁFICO

Para as garantias de Morte e Indenização Especial por Acidente, a cobertura é válida em todo o globo terrestre.

Para as garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, a cobertura será válida somente para o diagnóstico em território brasileiro, porém o acidente causador poderá ocorrer em todo o globo terrestre.

## 10. CARÊNCIA

Não haverá carência para nenhuma cobertura deste plano de seguro, exceto para eventos decorrentes de suicídio ou sua tentativa, quando o referido período corresponderá a 2 (dois) anos ininterruptos, contados da data de adesão individual ao seguro.

## 11. CONTRATAÇÃO

A contratação do seguro é realizada mediante a apresentação obrigatória da Proposta de Contratação, assinada pelo estipulante do seguro, ressalvada a hipótese de contratação direta ou via assinatura eletrônica (internet).

A proposta de contratação deverá conter os seguintes dados mínimos: nome da seguradora que responde pelo risco, os nomes e percentuais das co-seguradoras, se for o caso; as Condições Particulares específicas do seguro, capital segurado aplicável (critério e fixação), alteração, atualização monetária e respectivo índice adotado quando houver, carência individual ou coletiva quando aplicável, composição das garantias contratadas e, dados pertinentes ao corretor do seguro, ou seja, nome e nº de registro em Susep.

A apólice será emitida com base nas declarações prestadas pelo estipulante na proposta de contratação. Essas declarações determinam a aceitação do risco pela seguradora e o cálculo do prêmio correspondente.

Se for constatado que o grupo segurado difere daquele que serviu de base para o cálculo atuarial, a seguradora se reserva o direito de recalcular as taxas. Na hipótese do estipulante não aceitar as novas taxas propostas, a apólice será cancelada pela seguradora.

Se os dados da apólice estiverem diferentes dos informados na proposta, o estipulante deverá solicitar à seguradora, por escrito, dentro do prazo de 1 mês a contar da data de emissão da mesma, que corrijam as divergências existentes. Decorrido este prazo, considerar-se-á o disposto na apólice.

As garantias adicionais só poderão ser concedidas para a totalidade do grupo segurado e, em nenhuma hipótese, isoladas da cobertura básica.

Na hipótese de transferência do grupo segurado de uma para outra apólice, da mesma ou de outra seguradora, devem ser mantidos no seguro os componentes principais afastados do trabalho desde que, no momento da cotação os mesmos tenham sido devidamente informados à seguradora bem como as causas de seus afastamentos.

As Condições Contratuais do seguro estarão à disposição do proponente previamente à assinatura da respectiva proposta de adesão, devendo o proponente, seu representante ou seu corretor de seguros assinar declaração, que poderá constar da própria proposta, de que tomou ciência das Condições Contratuais.

## 12. ACEITAÇÃO DO SEGURO

A seguradora disporá do prazo de 15 (quinze) dias corridos para aceitar ou recusar o risco, contados da data do recebimento da proposta, seja para seguros novos ou para alterações que impliquem modificações dos riscos originalmente aceitos ou ainda para as renovações.

O pagamento do prêmio antecipadamente não implica em aceitação automática do risco pela seguradora, entretanto, nesta hipótese, durante o período em que a seguradora analisar o risco vigorará a cobertura provisória com o devido pagamento do prêmio proporcional.

O prazo será suspenso quando a seguradora solicitar informações e ou documentos complementares para a análise do risco, sendo reiniciado no primeiro dia útil após o atendimento da exigência.

No caso de doença ou de invalidez preexistente, informada na Declaração Pessoal de Saúde constante da Proposta de Adesão, a seguradora poderá aceitar o proponente com restrições de cobertura, excluindo os eventos que venham a ser causados pela doença ou pela invalidez informada.

A aceitação está limitada em caso de apólices que admitam cobertura de grupo de aposentados. Aposentados por tempo de serviço poderão, ser incluídos nas apólices que admitam a respectiva cobertura deste grupo com direito a todas as coberturas do seguro, inclusive IFPTD. Aposentados por invalidez que não tenham recebido indenização de IFPTD (ou IPD) em outra seguradora terão direito a todas as coberturas, exceto Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença (IFPTD) e Doenças Graves (DG). Aposentados por invalidez que já tenham recebido indenização de IPD em outra seguradora não serão aceitos. Em todos os casos é necessário que os mesmos atendam a todas as demais condições previstas para a aceitação de proponentes, estabelecidas no contrato.

A aceitação do seguro implicará na emissão, por parte da seguradora, de Certificado Individual de Seguro, que será entregue ao estipulante e conterá, no mínimo, a data de início de vigência do seguro e os capitais segurados de cada garantia contratada.

Com a entrega dos Certificados Individuais ao estipulante, a seguradora passa a este a obrigação de entregar os Certificados Individuais aos segurados.

Caso o seguro venha a ser recusado, dentro do prazo estipulado, a seguradora enviará uma correspondência ao segurado comunicando a recusa e, em caso de cobertura provisória, esta terá validade até 48 horas úteis após a formalização da recusa.

Nessa hipótese, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos, atualizados segundo a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando o período, pro rata temporis, em que vigorou a cobertura provisória.

### 13. VIGÊNCIA DO SEGURO

O início de vigência do seguro Vida Corporate Unibanco AIG será a partir das 00:00 horas do dia da aceitação da proposta de contratação pela Seguradora quando não houver o pagamento do prêmio, ou no caso de haver o pagamento, será a partir das 00:00 horas da data do pagamento, ou em data posterior se solicitado expressamente pelo proponente, podendo ser renovado automaticamente somente uma vez.

O início e término da vigência do risco individual será às 00:00 (zero) horas das datas previstas no Certificado para tal fim.

### 14. RENOVAÇÃO

A apólice é emitida pelo prazo determinado no contrato e poderá ser renovada automaticamente, por igual período, uma única vez, caso não haja expressa desistência do estipulante ou da seguradora até 60 (sessenta) dias antes do término da vigência. As renovações posteriores ocorrerão somente mediante expressa solicitação do estipulante e desde que não implique em ônus ou dever para os segurados, ou redução de seus direitos.

No final do prazo de vigência da apólice, se esta não for renovada, a cobertura de cada segurado cessará automaticamente, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos.

Na renovação da apólice será emitido pela seguradora o Certificado do Seguro, contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência do seguro, os capitais segurados de cada garantia contratada e o prêmio total.

Caso seja renovada cobertura para segurados dependentes, o certificado individual será entregue ao segurado principal contendo, no mínimo, as datas de início e término de vigência da cobertura individual do segurado principal e dos segurados dependentes, os capitais segurados de cada cobertura relativa ao segurado principal e aos segurados dependentes e o prêmio total.

Caso haja, na renovação, alteração da apólice que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos, deverá haver anuência prévia e expressa de pelo menos três quartos do grupo segurado.

Anualmente será verificado o equilíbrio técnico-atuarial da apólice, podendo gerar reavaliação das taxas. Caso haja reavaliação das taxas, esta deverá ser realizada por endosso à apólice, e dependerá da anuência prévia e expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo.

Este seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

Caso a seguradora não tenha interesse em renovar a apólice, deverá comunicar aos segurados e ao estipulante mediante aviso prévio de, no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice.

#### 15. CAPITAL SEGURADO

O capital segurado é valor máximo para a cobertura contratada a ser pago ou reembolsado pela seguradora, no caso de ocorrência de sinistro coberto pela apólice, vigente na data do evento.

#### 16. ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DO PRÊMIO E DO CAPITAL SEGURADO

Os valores do prêmio e do Capital Segurado serão reajustados anualmente na data de aniversário do seguro, com base na variação salarial praticada no período, informada pelo estipulante.

#### 17. PAGAMENTO DO PRÊMIO

Para garantir seu direito à cobertura, o estipulante deverá efetuar o pagamento do prêmio do seguro até a data de vencimento.

O prêmio do seguro poderá ser pago à vista ou em parcelas durante o período de vigência da apólice e a forma de cobrança deste seguro será estabelecida no ato da contratação.

Caso a data estabelecida para pagamento da parcela do prêmio corresponda a um feriado bancário ou fim de semana, o estipulante poderá efetuar o pagamento de tal parcela do prêmio no 1º (primeiro) dia útil após tal data em que houver expediente bancário, sem que haja suspensão de suas garantias.

Decorrida a data estabelecida para pagamento do prêmio, sem que tenha sido quitado o respectivo documento de cobrança, este poderá ser pago até o 89º (octogésimo nono) dia posterior ao vencimento do prêmio ou da parcela em atraso, e será garantida a cobertura dos sinistros ocorridos, com a consequente cobrança do prêmio devido ou, quando for o caso, seu abatimento da indenização paga ao(s) beneficiário(s).

Decorrido o prazo definido no parágrafo anterior, e não ocorrendo o pagamento do prêmio, o seguro estará automaticamente e de pleno direito cancelado e a cobertura não poderá ser reativada. Havendo interesse do segurado, deverá ser contratado um novo seguro, sem nenhum vínculo com o seguro anteriormente cancelado por falta de pagamento. Neste caso não caberá qualquer restituição dos prêmios anteriormente pagos, independente de notificação e/ou interpelação judicial ou extrajudicial.

Por se tratar de seguro com vigência definida, o pagamento de uma parcela mensal não quita nem dá direito ao segurado à cobertura do seguro se ainda houver alguma parcela anterior em aberto.

A seguradora enviará comunicado, através de correspondência ao estipulante, até 10 (dez) dias antes do cancelamento, advertindo quanto à necessidade de quitação das parcelas do prêmio em atraso, sob

pena de cancelamento do contrato, que será efetuado ainda que o estipulante alegue o não recebimento da citada correspondência, que funciona apenas como um aviso de cancelamento.

O estipulante obriga-se a comunicar à seguradora eventual mudança de endereço, de modo que esta possa manter o seu cadastro permanentemente atualizado. O descumprimento desta obrigação desobrigará a seguradora da expedição de tal correspondência.

Em casos de cessação de cobertura, em que já tenha havido pagamento do prêmio, os valores pagos serão devolvidos, atualizados segundo a regulamentação em vigor, da data do pagamento do prêmio até a data efetiva da restituição pela seguradora, descontando o período, pro rata temporis, em que vigorou a cobertura.

## 18. RECÁLCULO E REAVALIAÇÃO DO PRÊMIO

### Recálculo:

O prêmio do seguro será recalculado anualmente em função das alterações ocorridas no grupo segurado naquele período. A seguradora reserva-se o direito de recalculer e alterar o prêmio mensal antes da data prevista, com prévio aviso ao estipulante, caso venha ocorrer alteração significativa no grupo segurado que possa influir na taxa alterando-a em mais de 10% (dez por cento).

### Reavaliação:

As características do seguro, como prêmios, coberturas e limites, serão reavaliados anualmente, tomando-se como base a experiência no período anterior, para manter o equilíbrio técnico-actuarial da apólice. Quando houver necessidade de alteração do prêmio, isto será feito em comum acordo entre as partes.

Toda e qualquer alteração no valor do prêmio do seguro deverá ser anuída por  $\frac{3}{4}$  da massa segurada para que possa ser implementada.

## 19. CANCELAMENTO E NÃO RENOVAÇÃO

A apólice mencionada nestas Condições Contratuais poderá ser cancelada a qualquer tempo, mediante acordo entre as partes, respeitado o período de vigência correspondente ao prêmio pago pelo estipulante.

A cobertura do risco individual termina:

- a) no final do prazo de vigência da apólice coletiva, se esta não for renovada, respeitado o período correspondente ao prêmio integralmente pago para os riscos em curso, observando-se que a caducidade do seguro se dará automaticamente, sem restituição dos prêmios pagos;
- b) em caso de cancelamento da apólice, segundo as regras estabelecidas nestas Condições Contratuais;
- c) com a exclusão do segurado da apólice pelo pagamento da indenização por Morte, Indenização Especial por Morte Acidental, Invalidez Funcional Permanente Total por Doença e Indenização por Doenças Graves e,
- d) por cessação do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago.

A apólice será cancelada mediante aviso prévio de 60 dias, se a composição do grupo ou natureza dos riscos vierem a sofrer alterações tais que o tornem incompatíveis com as condições mínimas de manutenção desde que não haja acordo entre as partes quanto ao reajuste de prêmios.

Se o estipulante deixar de repassar à seguradora as mensalidades pagas pelos segurados e mesmo que os segurados possuam comprovantes destes pagamentos, tal fato constituirá motivo para o cancelamento do seguro, uma vez que caracteriza a inadimplência, ficando o estipulante sujeito às cominações legais. Neste caso, a seguradora fica autorizada a emitir faturas individuais em nome dos segurados.

A não renovação da apólice se dará quando expirar o prazo de sua validade ou, antes disso, o cancelamento se houver o consentimento de  $\frac{3}{4}$  do grupo segurado ou ainda, por inadimplência de 3 parcelas do seguro, consecutivas ou não.

Para fins a que se refere o parágrafo acima, define-se como prazo de validade o período de tempo compreendido entre a data de emissão da apólice e seu vencimento.

## 20. PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

### 20.1 Comunicação:

Ocorrendo sinistro, ele deverá ser comunicado imediatamente pelo Estipulante, Segurado ou seus beneficiários.

Os formulários de aviso de sinistro estão disponíveis no site [www.unibancoaig.com.br](http://www.unibancoaig.com.br). Eles devem ser preenchidos, assinados e enviados, junto com toda a documentação necessária, para a Unibanco AIG, através dos seguintes canais:

- a) Filiais, Escritórios e PACs da Unibanco AIG.
- b) Agências dos Correios para o seguinte endereço:

Unibanco AIG - Departamento de Sinistro Vida & AP  
Av. Eusébio Matoso, 1385 - 3º andar - Company 2  
Butantã São Paulo - SP  
CEP 05423-180

### 20.2 Documentação necessária (Segurado e Beneficiário):

Veja abaixo a lista da documentação básica necessária (entregues na forma de cópia autenticada em cartório público):

- a) Segurado: Cópia autenticada da carteira de Identidade (RG) ou outro documento de identificação e CPF;
- b) Beneficiário: Cópia autenticada da carteira de Identidade (RG) ou outro documento de identificação e CPF; Certidão de Casamento ou Certidão de Nascimento (caso de filhos).
  1. Filhos ou beneficiários com idade inferior a 16 (dezesseis) anos, serão devidamente representados em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o menor será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.
  2. Filhos ou beneficiários com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior à 18 (dezoito) anos, serão devidamente assistidos em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro assistirá. Na falta de ambos, o menor será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

Para pessoas com idade inferior a 18 (dezoito) anos sem pai e mãe, a indenização será paga conforme o estabelecido na legislação vigente.

### 20.3 Documentação necessária conforme a natureza do sinistro

#### 20.3.1 Em caso de Morte Natural do Segurado:

- Certidão de óbito;
- Último hollerith;
- Relatório do médico (formulário original fornecido pela seguradora) com laudo médico definitivo;
- Documentos do segurado e do beneficiário.

#### 20.3.2 Em caso de Morte Acidental do Segurado:

- documentos do segurado e do beneficiário;
- Certidão de óbito;
- Boletim de Ocorrência Policial;
- laudo de necropsia.

#### 20.3.3 Em caso de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente:

- documentos do segurado;
- relatório médico assistente (formulário original fornecido pela seguradora) com laudo definitivo estabelecendo o percentual de comprometimento funcional determinado pelas seqüelas permanentes;
- Boletim de Ocorrência Policial, caso o evento tenha sido registrado por autoridade competente;
- radiografias e outros exames médicos que tenham sido realizados.

#### 20.3.4 Em caso de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença:

- documentos do segurado;

Através do formulário Aviso de Sinistro, integralmente preenchido e assinado pelo médico do segurado e pelo segurado, onde deverá constar a Declaração Médica indicando a data da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, que será coincidente à data do sinistro.

Da Declaração Médica deverão constar informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em quadro clínico incapacitante definido na cláusula específica de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença.

Ao Aviso de Sinistro deverá ser anexado o relatório médico do segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada. Deverá conter o detalhamento do Quadro Clínico Incapacitante irreversível decorrente de disfunções e ou insuficiências permanentes em algum sistema orgânico ou segmento corporal, que ocasione e justifique a inviabilidade do pleno exercício das relações autonômicas do segurado.

Deverá o segurado também, encaminhar à seguradora, documentos médicos que tenham embasado diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença) incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do quadro clínico incapacitante irreversível.

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

O segurado se compromete a submeter-se a exame clínico, sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.

Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, correm por conta do Segurado, com exceção dos exames solicitados pela Seguradora, ou de providências pela mesma determinadas.

As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.

#### 20.3.5 Em caso de Doenças Graves:

- documentos do segurado;
- relatório médico (formulário original fornecido pela seguradora) com laudo definitivo estabelecendo o percentual de comprometimento funcional determinado pelas seqüelas permanentes;
- radiografias e outros exames médicos que tenham sido realizados e sejam necessários para que se ateste o quadro clínico comprovante da doença grave coberta;
- diagnóstico clínico neurológico atestado por 2 especialistas quando a doença assim exigir.

## 21. LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Todos os pagamentos de indenizações referentes a este seguro serão efetuados no Brasil e em moeda corrente nacional.

O prazo para o pagamento das indenizações será de 30 (trinta) dias, contados a partir da data em que tiverem sido entregues todos os documentos básicos previstos nas condições contratuais. No caso de solicitação de documentos e/ou informações complementares, mediante dúvida fundada e justificável, este prazo será suspenso, e a contagem do prazo voltará a correr a partir do dia útil subsequente àquele em que foram completamente atendidas as exigências.

Se este prazo não for cumprido, o valor da indenização estará sujeito a aplicação de juros de mora de 1% ao mês, a partir do primeiro dia posterior ao término do prazo fixado para pagamento da indenização, sem prejuízo de sua atualização.

Os valores das indenizações de sinistros ficam sujeitos à atualização monetária pela variação positiva do índice IPCA/IBGE, a partir da data de ocorrência do evento até a data do efetivo pagamento, somente quando a seguradora não cumprir o prazo de 30 dias fixado para pagamento da indenização.

Para efeito de cálculo da indenização e da responsabilidade da seguradora, considera-se como data do evento, quando da liquidação dos sinistros:

- a) No caso da garantia básica de Morte Natural, tomar-se-á como data do sinistro a data do óbito.
- b) Nas garantias adicionais de Indenização Especial por Morte Acidental e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, considerar-se-á como data do sinistro a data do acidente.
- c) Na garantia de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, tomar-se-á como data do sinistro a data da caracterização da invalidez permanente, indicada na declaração médica.

A data da invalidez 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.

No caso de segurados menores de idade, a indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente será paga conforme a seguir:

- a) Para segurados com idade inferior a 16 (dezesseis) anos – a indenização será paga em nome do segurado, devidamente representado em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro o representará. Na falta de ambos, o segurado será representado pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.
- b) Para segurados com idade igual ou superior a 16 (dezesseis) e inferior a 18 (dezoito) anos, a indenização será paga em nome do segurado, devidamente assistido em conjunto por seus pais, com poder familiar; na falta ou impedimento de um deles, o outro assistirá. Na falta de ambos, o segurado será assistido pelo tutor ou curador, conforme estabelecido em Lei.

## 22. JUNTA MÉDICA

Se existirem divergências sobre a causa, natureza e extensão das lesões, doenças, bem como a avaliação da incapacidade relacionadas ao segurado, será proposto pela seguradora, por meio de correspondência escrita, dentro do prazo de 15 (quinze) dias, a contar da data da contestação, a constituição de uma junta médica, constituída de três membros, sendo um nomeado pela seguradora, outro pelo segurado e um terceiro, desempassador, escolhido pelos dois nomeados.

Cada uma das partes pagará os honorários do médico que tiver designado; os do terceiro serão pagos, em partes iguais, pelo segurado e pela seguradora.

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.

A junta médica deverá ser realizada somente quando houver divergências, do caráter da invalidez, entre o médico do segurado e o médico perito da seguradora.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhados, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

### 23. PERÍCIA DA SEGURADORA

No caso de incapacidade, o segurado, autoriza a perícia médica da seguradora a ter acesso a todos os seus dados clínicos e cirúrgicos, empreender visita domiciliar ou hospitalar e requerer e proceder exames. O assunto será tratado como de natureza confidencial e os resultados apurados, incluindo-se laudos dos exames, que estarão disponíveis apenas para o Segurado, seu médico e a Seguradora.

Comprovado algum tipo de fraude, a Seguradora suspenderá o pagamento da indenização, e iniciará os procedimentos legais objetivando o ressarcimento de eventuais despesas incorridas e indenizações pagas, sem prejuízo das ações cíveis e criminais cabíveis.

### 24. DO PAGAMENTO DE ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA E JUROS

O pagamento de valores relativos à atualização monetária e juros moratórios far-se-á independentemente de notificação ou interpelação judicial, de uma só vez, juntamente com os demais valores do contrato.

As atualizações serão efetuadas com base na variação apurada entre o último índice publicado antes da data de exigibilidade da obrigação pecuniária e aquele imediatamente anterior à data de sua efetiva liquidação.

No caso de extinção ou vedação do índice de atualização de valores, a seguradora definirá índice substituto dentre os possíveis.

Em caso de alteração dos critérios de atualização monetária estabelecidos pela SUSEP (Superintendência de Seguros Privados) em função de legislação superveniente, fica acordado que as condições previstas neste item serão imediatamente enquadradas às novas disposições.

### 25. PERDA DE DIREITOS

O segurado perderá o direito a qualquer indenização decorrente do presente contrato quando:

- a) deixar de cumprir as obrigações convencionadas neste contrato;
- b) agravar intencionalmente o risco segurado;
- c) por qualquer meio ilícito, fraude ou simulação na contratação do seguro, durante sua vigência, ou ainda para obter ou majorar a indenização, o segurado, seus propostos ou seus beneficiários, seus sócios controladores, dirigentes e administradores legais, e ou seu representante legal procurar obter benefícios do presente contrato;
- d) fizer declarações inexatas, por si ou por seu representante, ou seu corretor de seguros, ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficando prejudicado o direito à indenização, além de estar obrigado ao pagamento prêmio vencido. Se a inexatidão ou a omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, a seguradora poderá:

I – na hipótese de não ocorrência do 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 de sinistro, sem indenização integral: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, retendo, do prêmio originalmente pactuado, acrescido da diferença cabível, a parcela calculada proporcionalmente ao tempo decorrido, ou mediante acordo entre as partes, permitir a continuidade do seguro, cobrando a diferença de prêmio cabível ou deduzindo-a do valor a ser indenizado, ou restringindo a cobertura contratada para riscos futuros.

III - na hipótese de ocorrência de sinistro com indenização integral: cancelar o seguro, após o pagamento da indenização, deduzindo, do valor a ser indenizado, a diferença de prêmio cabível; efetuando o pagamento e deduzindo do seu valor a diferença de prêmio cabível.

e) deixar de comunicar imediatamente à seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à indenização, se ficar comprovado que silenciou de má-fé;

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

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

Na hipótese de continuidade do contrato, a seguradora poderá cobrar a diferença de prêmio cabível.

f) deixar de participar o sinistro à seguradora, tão logo tome conhecimento, e não adotar as providências imediatas para minorar suas conseqüências.

g) o sinistro decorrer de dolo do segurado, má fé, fraude e/ou simulação.

## 26. OBRIGAÇÕES DO ESTIPULANTE

São Obrigações do Estipulante:

- a) fornecer à seguradora todas as informações necessárias para a análise e aceitação do risco, previamente estabelecidas pela seguradora, incluindo dados cadastrais;
- b) manter a sociedade seguradora informada a respeito dos segurados, seus dados cadastrais, alterações na natureza do risco coberto, bem como quaisquer eventos que possam, no futuro, acarretar-lhe responsabilidade, de acordo com o definido contratualmente;
- c) fornecer ao segurado, sempre que solicitado, quaisquer informações relativas ao contrato de seguro;
- d) discriminar o valor do prêmio do seguro no instrumento de cobrança, quando este for de sua responsabilidade;
- e) repassar os prêmios à seguradora, nos prazos estabelecidos contratualmente;
- f) repassar aos segurados todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice, quando for diretamente responsável pela sua administração;
- g) discriminar o nome da seguradora responsável pelo risco, nos documentos e comunicações referentes ao seguro emitidos para o segurado;
- h) comunicar de imediato à seguradora, tão logo tome conhecimento, a ocorrência de qualquer sinistro ou expectativa de sinistro referente ao grupo que representa, quando esta comunicação estiver sob sua responsabilidade;

- i) dar ciência aos segurados dos procedimentos e prazos estipulados para a liquidação de sinistros;
- j) comunicar, de imediato, à SUSEP, quaisquer procedimentos que considerar irregulares quanto ao seguro contratado;
- k) fornecer à SUSEP quaisquer informações solicitadas, dentro do prazo por ela especificado;
- l) informar a razão social e, se for o caso, o nome fantasia da seguradora, bem como o percentual de participação no risco, no caso de co-seguro, em qualquer material de promoção ou propaganda do seguro, em caracter tipográfico maior ou igual ao do estipulante.

## 27. CLÁUSULA BENEFICIÁRIA

### 27.1. Beneficiários em Caso de Morte

A indicação de beneficiários é de livre escolha do Segurado, que poderá fazer inclusões, alterações ou exclusões de beneficiários a qualquer tempo mediante solicitação por escrito e que deverá ser mantida em poder do Estipulante.

Quando for designado mais de um beneficiário, será obrigatória a indicação do percentual da indenização destinado à cada um.

Caso a seguradora não seja comunicada oportunamente da substituição, pagará o capital segurado ao antigo beneficiário designado.

Quando não houver distribuição quantitativa do valor a ser indenizado, o seguro será dividido em partes iguais.

Em caso de contratação das garantias suplementares de Inclusão Automática de Cônjuge e Inclusão Automática de Filhos, o beneficiário será sempre o segurado principal.

A falta de indicação expressa de beneficiário ou, se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei:

- a) Para segurado casado ou em união estável: 50% ao cônjuge ou companheiro(a) (devidamente reconhecido pela previdência social), se houver, e 50% aos herdeiros legais;
- b) Na falta dos herdeiros legais, será pago 100% da indenização ao cônjuge ou companheiro(a) reconhecido(a) na forma da lei;
- c) Na falta do cônjuge ou companheiro(a) reconhecidos na forma da lei será pago 100% da indenização aos herdeiros legais do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária e,
- d) Na falta de cônjuge, companheiro(a) e herdeiros legais (respeitada a ordem de vocação hereditária), serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

Na hipótese de morte simultânea (comoriência) do segurado principal e do(s) segurado(s) dependente(s), os capitais segurados referentes às coberturas dos segurados, principal e dependente(s), deverão ser pagos aos respectivos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais dos segurados.

### 27.2 Beneficiários em Caso de Invalidez

Nas garantias de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente e Invalidez Funcional Permanente Total por Doença, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com esta cláusula beneficiária.

### 27.3 Beneficiários em Doenças Graves

Na garantia de Doenças Graves, o beneficiário será sempre o próprio segurado, podendo a quitação ser dada por seu representante legal no caso de sua impossibilidade. Na eventualidade do segurado falecer antes do recebimento da indenização, o pagamento correspondente será feito em conformidade com esta cláusula beneficiária.

## 28. ALTERAÇÃO DA APÓLICE

Nenhuma alteração na apólice do seguro será válida se não for feita por escrito, mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante ou por corretor de seguros habilitado e receber concordância de ambas as partes contratantes.

Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo,  $\frac{3}{4}$  do grupo segurado.

Não é válida a presunção de que a seguradora tenha conhecimento de circunstâncias que não constem dos documentos citados nesta cláusula, e daquelas que não lhe tenham sido comunicadas posteriormente na forma estabelecida nestas condições.

## 29. COMUNICAÇÕES

As comunicações do segurado ou estipulante somente serão válidas quando feitas por escrito e devidamente protocoladas em qualquer filial da seguradora ou via Central de Atendimento. As comunicações da seguradora se consideram válidas quando dirigidas ao endereço de correspondência que figure na apólice.

As comunicações feitas à seguradora por um corretor de seguros, em nome do segurado ou estipulante, surtirão os mesmos efeitos que se realizadas por este, exceto expressa indicação em contrário da parte do estipulante.

Qualquer modificação da apólice em vigor que implique em ônus ou dever para os segurados ou a redução de seus direitos dependerá da anuência expressa de segurados que representem, no mínimo, três quartos do grupo segurado.

## 30. PRESCRIÇÃO

Os prazos prescricionais são aqueles determinados em Lei.

## 31. OUVIDORIA

A seguradora dispõe de um canal diferenciado de comunicação direta denominado OUVIDORIA. A Ouvidoria Unibanco AIG funciona como um mediador entre o cliente e a seguradora. Seu objetivo principal é a defesa dos direitos do cliente perante a seguradora de forma imparcial e justa e, ainda informar e esclarecer o cliente sobre seus direitos e obrigações de acordo com o contrato e normas atinentes à matéria, prevenindo e evitando conflitos e demandas.

Podem dirigir suas reclamações e/ou pedidos à Ouvidoria Unibanco AIG todos os clientes (segurados, participantes e seus beneficiários), que não concordem com a decisão adotada pela Unibanco AIG e/ou não obtiveram sucesso em seus pleitos junto a Unibanco AIG, e desde que tenham esgotado outros canais de acesso disponíveis (área responsável, SAC e Fale Seguradora) e não tenham recorrido à esfera judicial.

As reclamações e pedidos à Ouvidoria devem ser efetuadas por escrito, contendo no mínimo o nome do segurado/participante ou beneficiário; o nº do CPF/CNPJ, o ramo do seguro e/ou o nome do produto/plano; número da apólice/proposta de inscrição; nº do sinistro (se houver), telefone e e-mail para contato.

As reclamações deverão ser endereçadas à:

Unibanco AIG Seguros e Previdência  
Ouvidoria  
Caixa Postal 110426  
São Paulo – SP

CEP.: 05422-970

ou pelo site [www.unibancoaig.com.br](http://www.unibancoaig.com.br)

## 32. FORO

Fica eleito o foro do domicílio do segurado para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente contrato.

Na hipótese de inexistência de relação de hipossuficiência entre as partes contratantes, será válida a eleição de foro diverso daquele previsto no item anterior.

## II – CONDIÇÕES ESPECIAIS

### CLÁUSULA 1ª - GARANTIA DE MORTE

#### 1. O QUE ESTÁ COBERTO

É a garantia do pagamento do capital segurado contratado e definido na apólice para esta garantia, aos (s) beneficiário (s) do seguro, no caso de morte do segurado (independente da causa), ocorrido durante a vigência da apólice, observadas as Condições Contratuais e Especiais do Seguro.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e;
- não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

#### 2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Todos os riscos mencionados nos itens n.º 08 – Riscos Excluídos, n.º 25 - Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 30 - Prescrição, das Condições Contratuais, estão excluídos desta garantia.

## CLÁUSULA 2ª - GARANTIA DE INDENIZAÇÃO ESPECIAL POR MORTE ACIDENTAL (I.E.A)

### 1. O QUE ESTÁ COBERTO

A cobertura Especial por Morte Acidental, garante ao beneficiário do seguro, o pagamento de um capital adicional ao da Garantia Básica limitado em 100% desta, em caso de morte decorrente de acidente coberto.

### 2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além de todos os riscos mencionados nos itens n.º 08 – Riscos Excluídos, n.º 25 - Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 30 - Prescrição, das Condições Contratuais, também estão excluídos desta garantia:

- a) acidente vascular cerebral;
- b) parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo quando provocadas por acidente;
- c) perturbações e intoxicações de qualquer espécie, independente da forma de contato;
- d) choque anafilático e suas conseqüências;
- e) intercorrências e complicações conseqüentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- f) doenças, quaisquer que sejam as causas, inclusive as profissionais, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas direta ou indiretamente por acidente, ressalvadas as infecções, estados septicêmicos e embolias, resultantes de ferimento visível e,
- g) A hérnia e suas conseqüências.

Estão ainda, expressamente excluídos da cobertura desta Garantia, os acidentes ocorridos em conseqüência de:

- a) participação do Segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional, salvo em prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- b) competições ilegais em veículos automotores;
- c) quaisquer alterações mentais, direta ou indiretamente conseqüentes do uso de álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas e,
- d) lesão intencionalmente auto-infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero.

**CLÁUSULA 3ª - GARANTIA DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - (I.P.A.)**
**1. O QUE ESTÁ COBERTO**

A cobertura de invalidez permanente por acidente garante o pagamento de uma indenização ao segurado, limitada a 200% da garantia básica correspondente, relativa à perda, à redução ou à impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um membro ou órgão por lesão física, causada por Acidente Pessoal coberto, ocorrido durante o período de vigência do seguro e que resulte em invalidez permanente total ou parcial do segurado, limitada ao capital segurado contratado e definido na Apólice e observadas as Condições Contratuais e Especiais deste seguro.

Após conclusão do tratamento, ou esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para recuperação, e constatada e avaliada a invalidez permanente quando da alta médica definitiva, a seguradora deve pagar uma indenização, de acordo com os percentuais estabelecidos na tabela para o cálculo da indenização descrita a seguir:

INVALIDEZ PERMANENTE	TABELA PARA O CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE A IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos	100
	Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
	Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
	Perda total do uso de ambas as mãos	100
	Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
	Perda total do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho	30
	Perda total da visão de um olho, quando o segurado já não tiver 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(mandíbula)	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 membro 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(cúbitos)	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	09
	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	09
	Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização 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 tíbios peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula (patela)	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 primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	03
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização 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	06	
* menos de 3 (três) centímetros:	s/ indenização	

A contratação desta garantia deverá abranger a totalidade dos segurados que atendam às condições estabelecidas, a todo um grupo de participantes identificados por fatores objetivos, que não impliquem em anti-seleção de risco, tais como cargos, funções etc.

Não ficando abolidas por completo as funções do membro ou órgão lesado, a indenização por perda parcial é calculada pela aplicação, à percentagem prevista no plano para sua perda total, do grau de redução funcional apresentado.

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

Nos casos não especificados no plano, a indenização é estabelecida tomando-se por base a diminuição permanente da capacidade física do segurado, independentemente de sua profissão.

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

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

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

O capital segurado no caso de invalidez parcial será automaticamente reintegrado após cada sinistro, sem cobrança de prêmio adicional.

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

A invalidez permanente deve ser comprovada através de declaração médica apresentada à Seguradora.

A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência, ou assemelhadas, não caracteriza por si só o estado de invalidez permanente.

A Seguradora se reserva o direito de submeter o Segurado a exames médicos, ou a outros complementares, por profissionais de sua indicação para comprovar a ocorrência de invalidez, o seu caráter permanente, sua extensão e grau.

O pagamento do Capital referente a esta cobertura, somente passa a ser devido a partir da data da comprovação e conseqüente reconhecimento da invalidez pela Seguradora.

## 2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além de todos os riscos mencionados nos itens n.º 08 – Riscos Excluídos, n.º 25 - Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 30 - Prescrição, das Condições Contratuais, também estão excluídos desta garantia:

- a) qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências, mesmo quando provocada por acidente;
- b) parto ou aborto e suas conseqüências, mesmo quando provocado por acidente;
- c) perturbações e intoxicações de qualquer espécie, independente da forma de contato;
- d) o choque anafilático e suas conseqüências;
- e) intercorrências e complicações conseqüentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- f) doenças 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;
- g) A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito a indenização por invalidez permanente;
- h) 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 sob a nomenclatura de LER – DORT - LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas conseqüências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo e,
- i) As situações reconhecidas por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, como “invalidez acidentária”, nas quais o evento causador da lesão não se enquadre integralmente no conceito de Acidente Pessoal, definido nas mencionadas Normas do Seguro de Acidentes Pessoais.

Estão ainda expressamente excluídos da cobertura desta Garantia adicional, os acidentes ocorridos em conseqüência de:

- a) participação do Segurado em combates ou exercícios militares em qualquer força armada de qualquer país ou organismo internacional; salvo em prestação de serviço militar ou atos de humanidade em auxílio de outrem;
- b) competições ilegais em veículos automotores;
- c) quaisquer alterações mentais, direta ou indiretamente conseqüentes do uso de álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;
- d) lesão intencionalmente auto-infligida ou qualquer outro tipo de atentado deste gênero.,

## 3. TÉRMINO DA COBERTURA

A cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará:

- a) Com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que se tenham acidentado no decurso de sua vigência e que venham a ficar permanentemente inválidos, como conseqüência direta do acidente, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta Garantia Adicional;

- b) Com o término do vínculo entre o segurado titular e o Estipulante;
- c) Quando o segurado titular solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;
- d) No último dia do mês de vigência do seguro que se seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do Estipulante e,
- e) Quando for indenizado o total do capital segurado previsto para esta garantia.

#### CLÁUSULA 4ª - GARANTIA DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

##### 1. O QUE ESTÁ COBERTO

A cobertura de invalidez funcional permanente total por doença garante ao segurado, desde que este o requeira, o pagamento antecipado do capital segurado para a cobertura básica de Morte por Qualquer Causa em caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença, conseqüente de doença que cause a Perda de sua Existência Independente.

Para fins desta garantia, considera-se perda da existência independente do segurado a ocorrência de quadro clínico incapacitante, decorrente de doença, que inviabilize de forma irreversível o pleno exercício das relações autônomicas do segurado.

Considera-se como risco coberto a ocorrência comprovada – segundo critérios vigentes à época da regulação do sinistro e adotados pela classe médica especializada – de um dos seguintes quadros clínicos incapacitantes, provenientes exclusivamente de doença:

- a) doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de “cardiopatia grave”;
- b) doenças neoplásticas malignas ativas, sem prognóstico evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em plano de tratamento direcionados à cura e ou controle clínico;
- c) doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e ou ao seu controle clínico;
- d) alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença;
- e) doenças manifestas no sistema nervoso com seqüelas encefálicas e ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e ou sentido de orientação e ou das funções de dois membros, em grau máximo;
- f) doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal;
- g) deficiência visual, decorrente de doença:
  - cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
  - baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica;
  - casos nos quais o somatório 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.

Outros Quadros Clínicos Incapacitantes serão reconhecidos como Riscos Cobertos desde que, avaliados através de Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional – IAIF (conforme modelo abaixo) 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 graduações cada, as condições médicas e de conectividade com a vida (Atributos).

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

Atributos	Escala	Pontos
Relações do segurado com o cotidiano	1º Grau O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação, Deambula livremente; Sai à rua sozinho e sem auxílio; Esta capacitado a dirigir veículos automotores; Mantém suas atividades da vida civil, preservando pensamento, a memória e o juízo de valor.	00
	2º Grau O segurado apresenta desorientação; Necessita de auxílio à locomoção e ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; Possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e ou de cognição.	10
	3º Grau O segurado apresenta-se retido ao lar; Tem perda na mobilidade ou na fala; Não realiza atividades do cotidiano; Possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.	20
Condições Clínicas e Estruturais do Segurado	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 médio constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.	10
	3º Grau O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.	20
Conectividade do segurado com a vida	1º Grau O segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se, dirigir-se ao banheiro, lavar o rosto, escovar os 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 as 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

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 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) valora cada uma das situações ali previstas.

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

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 morbididade 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 morbididade do caso	02
Existem mais de 2 fatores de risco e ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade	04
Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica	04
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevivência e ou refratariedade terapêutica	08

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.

Reconhecida a Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença pela seguradora, o pagamento do capital segurado contratado será realizado sob a forma de pagamento único.

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

## 2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além de todos os riscos mencionados nos itens n.º 08 – Riscos Excluídos, n.º 25 - Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 30 - Prescrição, das Condições Contratuais, também estão excluídos desta garantia, ainda que, redundando em Quadro Clínico Incapacitante, que inviabilize de forma irreversível o Pleno Exercício das Funções Autônomicas do segurado, com perda da sua existência independente, os abaixo especificados:

- a) a perda, a redução ou a impotência funcional definitiva, total ou parcial, de um ou mais membros, órgãos e ou sistemas orgânicos corporais, em decorrência, direta ou indiretamente, de lesão física e ou psíquica causada por acidente pessoal;
- b) 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 indiretamente, em qualquer expressão, com atividade laborativa exercida pelo segurado, em qualquer tempo pregresso;
- 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 que descreve os eventos cobertos.

### 3. TÉRMINO DA COBERTURA

A cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará:

- f) Com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que se tenham acidentado no decurso de sua vigência e que venham a ficar permanentemente inválidos, como consequência direta do acidente, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta Garantia Adicional;
- g) Com o término do vínculo entre o segurado titular e o Estipulante;
- h) Quando o segurado titular solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;
- i) No último dia do mês de vigência do seguro que se seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do Estipulante e,
- j) Quando for indenizado o total do capital segurado previsto para esta garantia.

## CLÁUSULA 5ª - GARANTIA DE DOENÇAS GRAVES

### 1. O QUE ESTÁ COBERTO

Garante ao (s) beneficiário (s) o pagamento do capital segurado contratado para esta garantia, no caso do diagnóstico de alguma das doenças abaixo relacionadas, ocorrido durante a vigência da apólice e em data posterior ao início de vigência da apólice.

Câncer Metastático: é a designação genérica de tumor maligno, caracterizado pelo desenvolvimento de células ditas malignas, no corpo humano e o aparecimento das mesmas em outros locais do organismo diferente do sítio primário.

Infarto Agudo do Miocárdio (IAM): é o advento repentino de morte de parte do músculo cardíaco, como resultado de suprimento inadequado de sangue. O diagnóstico deve ser baseado em uma história clínica de dor típica no peito, mudanças eletro-cardiográficas compatíveis com IAM e elevação de enzimas específicas e a morte propriamente dita do músculo cardíaco, comprovada através de exames Ecocardiográficos.

Acidente Vascular Cerebral – Derrame (AVC): é o distúrbio vascular cerebral que produz seqüelas neurológicas, caracterizadas como definitivas, após 6 (seis) meses da data de ocorrência do mesmo. O acidente vascular cerebral deve ter sido identificado através da avaliação clínica-neurológica e exames de imagem.

Falência do Rim (Insuficiência Renal Crônica): é a doença renal em estágio terminal decorrente de qualquer causa, estando o Segurado se submetendo a diálise peritoneal ou a hemodíalises regulares.

Transplante de Órgão Vital: é a recepção de transplante de coração, fígado, pâncreas ou medula óssea. O diagnóstico e a recomendação para o transplante terão que ser feitos, obrigatoriamente por no mínimo dois especialistas, reconhecidos pela Seguradora.

Perda de 80% ou mais de visão bilateralmente

Mal de Alzheimer: é a doença caracterizada pelo quadro de demência (problema de memória, perda de habilidades motoras como vestir-se, cozinhar, dirigir carro, lidar com dinheiro, problemas de comportamento, confusão mental, agressividade e não reconhecimento dos próprios familiares).

Esclerose Múltipla: é a doença neurológica cujo diagnóstico esteja comprovado através de exame clínico-neurológico e exames subsidiários.

Doença de Parkinson: é a doença neurológica cujo diagnóstico esteja comprovado através de exame clínico-neurológico e exames subsidiários.

### 2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Todos os riscos mencionados nos itens n.º 08 – Riscos Excluídos, n.º 25 - Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 30 - Prescrição, das Condições Contratuais, estão excluídos desta garantia.

### 3. TÉRMINO DA COBERTURA

A cobertura do risco a que se refere esta Garantia cessará:

- a) Com o cancelamento da apólice, exceto para os segurados que se tenham acidentado no decurso de sua vigência e que venham a ficar permanentemente inválidos, como consequência direta do acidente, caso em que será devida, unicamente, a indenização prevista nesta Garantia Adicional;
- b) Com o término do vínculo entre o segurado titular e o Estipulante;
- c) Quando o segurado titular solicitar sua exclusão do grupo segurado ou quando deixar de contribuir com sua parte do prêmio;

- d) No último dia do mês de vigência do seguro que se seguir à data do pedido de cancelamento desta garantia, por escrito, por parte do Estipulante e,
- e) Quando for indenizado o total do capital segurado previsto para esta garantia.

## CLÁUSULA 6ª - GARANTIA DE INCLUSÃO DE CÔNJUGES

### 1. O QUE ESTÁ COBERTO

Será facultada a inclusão de cônjuge do Segurado Principal, mediante o atendimento das condições constantes das respectivas Cláusulas.

Serão incluídos, nas coberturas definidas na Cláusula, os cônjuges dos Segurados Principais que atendam às condições de aceitação para o ingresso no seguro, e as demais elencadas na respectiva Cláusula, sendo o Capital Segurado fixado em percentual não excedente a 100% do correspondente Segurado Principal, o qual é considerado o beneficiário do cônjuge.

O adicional relativo ao custo destas coberturas, será determinado nas Condições Particulares do Seguro.

Equiparam-se aos cônjuges, as(os) companheiras(os) dos componentes principais, definidos na forma da Lei.

Para efeitos desta cobertura, as indenizações correspondente à Morte do cônjuge serão pagas diretamente ao segurado principal e as indenizações correspondentes a cobertura de Invalidez por Acidente serão efetuadas diretamente ao próprio cônjuge segurado.

Não podem participar da cláusula suplementar os cônjuges e companheiras (os) que façam parte do grupo segurável de componentes principais.

### 2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Além de todos os riscos mencionados nos itens n.º 08 – Riscos Excluídos, n.º 25 - Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 30 - Prescrição, das Condições Contratuais, também estão excluídos desta garantia todos os eventos que ocorram com o cônjuge e/ou companheiros (as) dos segurados principais que façam parte do grupo segurado.

### 3. TÉRMINO DA COBERTURA

O seguro será obrigatoriamente cancelado:

- a) quando for cancelada esta Garantia Suplementar;
- b) no caso do componente principal sair do grupo segurado;
- c) no caso de morte do componente principal;
- d) no caso de separação judicial ou divórcio;
- e) no caso de cancelamento do seu registro, quando se tratar de companheira(o);
- f) a pedido do componente principal e,
- g) a pedido do Estipulante por escrito.

## CLÁUSULA 7ª - GARANTIA DE INCLUSÃO AUTOMÁTICA DE FILHOS

### 1. O QUE ESTÁ COBERTO

As apólices com a Cláusula de Inclusão Automática de Cônjuge, poderão dispor, para a garantia de Morte por Qualquer Causa, da Cláusula de Inclusão Automática dos Filhos dos Segurados Principais, considerados dependentes, nos termos previstos no Regulamento do Imposto de Renda e/ou Previdência Social, observadas as condições de aceitação constantes da respectiva Cláusula.

Quando ambos os cônjuges forem componentes do grupo segurado, os filhos somente podem ser incluídos uma única vez, como dependente daquele de maior capital segurado, sendo este denominado componente principal para efeito desta garantia.

O Capital Segurado correspondente será estabelecido em percentual não superior a 100% do Segurado Principal, o qual será o beneficiário do seguro.

Para os menores de 14 (quatorze) anos, esta garantia destina-se ao reembolso das despesas com o funeral, que devem ser comprovadas mediante apresentação de contas originais especificadas, que podem ser substituídas, a critério da seguradora, por outros comprovantes satisfatórios, observando-se:

- incluem-se entre as despesas com funeral as havidas com o traslado e;
- não estão cobertas as despesas com aquisição de terrenos, jazigos ou carneiros.

O adicional relativo ao custo destas garantias, será determinado nas Condições Particulares do Seguro.

### 2. O QUE NÃO ESTÁ COBERTO

Todos os riscos mencionados nos itens n.º 08 – Riscos Excluídos, n.º 25 - Perda de Direitos e aqueles que se enquadrarem no item 30 - Prescrição, das Condições Contratuais, estão excluídos desta garantia.

### 3. TÉRMINO DA COBERTURA

O seguro será obrigatoriamente cancelado:

- a) quando for cancelada a Garantia Suplementar de inclusão de Cônjuges;
- b) quando for cancelada a Garantia Suplementar de inclusão de Filhos;
- b) no caso do componente principal sair do grupo segurado;
- d) no caso de morte do componente principal e,
- e) no caso de cessação da condição de dependente previsto na forma de Lei.

## ANEXO 1 – CLÁUSULA DE EXCEDENTE TÉCNICO

A presente cláusula estabelece as condições de distribuição, ao Estipulante, dos resultados da apólice.

### CONDIÇÕES PARA DISTRIBUIÇÃO

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

Caso o Estipulante venha a solicitar o cancelamento da apólice fora do seu aniversário, perderá o direito à distribuição da Participação dos Resultados da Apólice.

Para a aplicação da Cláusula de Excedente Técnico, será necessário que a apólice seja de Classe A de Seguro, ou seja, relação empregado x empregador e, quando, durante o período, a apólice tiver uma média mensal mínima de 500 componentes principais.

### APURAÇÃO DO RESULTADO

A apuração do resultado técnico deve ser atualizada monetariamente desde o término de vigência anual da apólice, até a data da distribuição do resultado, com base IPCA-IBGE, destinando-se ao Estipulante o percentual negociado de resultado apurado.

Nos seguros parcial ou totalmente contributários, o excedente técnico a ser distribuído deve ser, respectivamente, proporcional ou integralmente destinado ao segurado, podendo ainda ser revertido, em benefícios ao grupo segurado.

Para fins de apuração de resultado técnico considera-se como:

#### a) Receita:

- Prêmios de competência correspondentes ao período de vigência da apólice, efetivamente pagos, já líquidos de IOF;
- Saldo da Reserva de IBNR do período anterior;
- Estorno de sinistros computados em períodos anteriores e definitivamente não devidos;
- As recuperações de sinistros junto ao Ressegurador;

#### b) Despesa:

- As comissões de corretagem pagas durante o período;
- As comissões de administração (Pró-Labore) pagas durante o período;
- As comissões de agenciamento durante o período;
- Sinistros Avisados no período;
- Saldos Negativos dos períodos anteriores, ainda não compensados;
- As despesas efetivas de Administração da Seguradora;
- Saldo da Reserva de IBNR do período;
- Prêmios repassados ao ressegurador, incluindo Catástrofe;
- Total das alterações dos valores de sinistro já considerados em apurações anteriores;
- Pis/Cofins

A Reserva de Contingência de IBNR será utilizada para o pagamento de eventuais sinistros ocorridos durante o período de vigência da apólice, mas avisados após o mesmo.

Como Saldo da Reserva de IBNR do Período Anterior entende-se o valor retido a este título, no período anterior ao da atual apuração.

Após decorridos 12 (doze) meses do cancelamento da apólice, será devolvido o saldo, correspondente ao percentual negociado de excedente técnico, da Reserva de IBNR (se existir) descontados os eventuais sinistros ocorridos durante a vigência da apólice e avisados após o cancelamento.

### CRITÉRIOS DE DISTRIBUIÇÃO

O resultado apurado será distribuído conforme especificado nas Condições Particulares da apólice.