

## PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS – VIDA EM GRUPO

SEGURO DE VIDA EM GRUPO – PROCESSO SUSEP Nº 005-00307/00

### INFORMAÇÕES GERAIS

#### 1. DEFINIÇÕES

**SEGURADORA:** TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. – CNPJ 33.164.021/0001-00 – CÓDIGO: 06190

**CORRETORA:** ENGARDE CORRETORA DE SEGUROS LTDA – CÓDIGO SUSEP: 202106927

**ESTIPULANTE:** CLUBE BRAVOS DE BENEFÍCIOS – 01/12/2020

#### 1.1 INFORMAÇÕES PRELIMINARES

I – A aceitação deste Seguro estará sujeita a análise do risco.

II – O registro deste plano na SUSEP não implica por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização III – O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguro, 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.

IV – Este Seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

V – Este material apresenta as Principais Características do produto. Recomendamos a leitura das Condições Gerais que regem este Seguro e estão à disposição em poder do Estipulante.

VI – A contratação do seguro é opcional, sendo possível a desistência da contratação em até 7(sete) dias corridos com a devolução integral do valor pago, pelo mesmo meio exercido para a contratação.

### 2. CONCEITOS

**2.1 CB – Cobertura Básica - Morte:** Garante aos beneficiários o pagamento do Capital Segurado individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais Cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.

**2.2 BENEFICIÁRIO:** São a(s) pessoa(s) indicada(s) pelo Segurado na Proposta de Contratação ao Seguro, devendo fazê-lo por escrito à Seguradora, para receber o pagamento do Capital Segurado, na hipótese de falecimento, do Segurado exclusivamente em decorrência de acidente.

Em caso de Invalidez Permanente Total por Acidente e Diária de Incapacidade Temporária por Acidente o beneficiário será o próprio Segurado.

**2.2.1** O Segurado poderá substituir seus beneficiários a qualquer tempo, mediante aviso escrito à Seguradora.

**2.2.2** Nenhuma alteração de Beneficiário terá validade se não constar da declaração escrita do Segurado, sendo que a mudança só entrará em vigor a partir da data do seu recebimento pela Seguradora.

- 2.3 CAPITAL SEGURADO:** É o valor máximo da indenização a ser paga ao(s) beneficiário(s) em caso de sinistro coberto, estabelecida na Proposta de Contratação e no Certificado de Seguro, vigente na data do evento. Nenhuma indenização poderá ser superior ao Capital Segurado.
- 2.4 CARÊNCIA:** É o período de tempo ininterrupto, contado a partir do início de vigência do Seguro Individual, durante o qual o Segurado permanece no Seguro sem ter direito à Coberturas contratadas, sem prejuízo do pagamento dos prêmios individuais.
- 2.5 CERTIFICADO DE SEGURO:** É o documento emitido pela Seguradora e entregue ao Segurado Principal, que confirma a aceitação do Proponente no Seguro.
- 2.6 CÔNJUGE:** Companheira(o) do Segurado Principal, desde que comprovada, documentalmente, a união estável entre ambos, na forma da legislação aplicável à matéria.
- 2.7 FRANQUIA:** É o período de tempo, não considerado para cálculo do pagamento da Diária por Incapacidade Temporária por Acidente, contado a partir da caracterização do sinistro coberto.
- 2.8 INDENIZAÇÃO:** É o valor a ser pago pela Seguradora na ocorrência do sinistro, limitado ao valor do Capital Segurado da respectiva cobertura contratada.
- 2.9 LIMITE DE DIÁRIAS:** É a quantidade máxima de diárias que o Segurado fará jus, a contar do 16º (décimo sexto) dia da data do afastamento de suas atividades profissionais (data do sinistro), por evento, limitado a 30 (trinta) diárias por evento. Cada diária corresponderá a uma fração do valor da renda mensal contratada.
- 2.10 PRÊMIO:** É o valor a ser pago à Seguradora em contraprestação às coberturas contratadas, de acordo com a faixa etária do Segurado. Cada cobertura determinará a cobrança de um prêmio correspondente.
- 2.11 PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO:** É o formulário fornecido pela Seguradora que, preenchido, assinado e a ela entregue caracteriza a vontade do proponente pertencente ao grupo segurável de ser incluído no Seguro.
- 2.12 SEGURADOS PRINCIPAIS:** São os que mantêm vínculo com o Estipulante / Sub-Estipulante, regularmente incluídos e aceitos no Seguro.
- 2.13 SEGURADOS DEPENDENTES:** É o cônjuge ou a(o) companheira(o) do Segurado Principal regularmente incluídos no Seguro.
- 2.14 SINISTRO:** É a ocorrência do evento, que resulte em valores passíveis de indenização.

### **3. OBJETIVO DO SEGURO:**

O presente Seguro tem por objetivo garantir aos seus beneficiários o pagamento de indenização caso venha a ocorrer um dos eventos cobertos, previstos nas coberturas constantes no clausulado abaixo, **exceto se decorrentes de riscos excluídos e desde que respeitadas as Cláusulas das Condições Gerais do Seguro.**

### **4. ÂMBITO TERRITORIAL DA COBERTURA:**

- 4.1** O presente Seguro cobre os eventos ocorridos em qualquer parte do globo terrestre, desde que não sejam caracterizados como risco excluído. Este âmbito geográfico se dará as coberturas

que seguem relacionadas: CB-Cobertura Básica – Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA).

**4.2** Para a cobertura de Auxílio Alimentação (AA) e Diária por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença (DIT), o âmbito geográfico do presente Seguro abrange os eventos cobertos ocorridos em qualquer parte do Território Nacional Brasileiro, 24 (vinte e quatro) horas por dia.

**5. ELEGIBILIDADE:** São elegíveis aos Associados do Estipulante, podendo ser extensivo aos cônjuges, indicado na Proposta de Contratação, com idade de até 64 anos 11 meses e 29 dias, que estiverem em perfeitas condições de saúde e em plena atividade de trabalho na data de adesão ao Seguro.

## **6. VIGÊNCIA DO SEGURO**

A apólice mestra vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, sendo admissível uma única renovação automática, por igual período, salvo se o Estipulante ou a Seguradora manifestar-se em sentido contrário, mediante aviso prévio, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

**6.1** A vigência do Seguro Individual para os Proponentes que contratarem o Seguro e entregarem a Proposta de Adesão devidamente preenchida e assinada até o dia 20 (vinte) de cada mês, se inicia no 1º (primeiro) dia do próprio mês.

**6.2** Para os proponentes que contratarem o Seguro e entregarem a Proposta de Adesão devidamente preenchida e assinada após o dia 20 (vinte) de cada mês, a vigência se iniciará no dia 1º do mês seguinte.

**6.3** Os Seguros individuais vigorarão enquanto vigorar a apólice mestra, desde que não ocorra nenhuma causa de cancelamento do contrato individual.

## **7 – GARANTIAS DO PRESENTE SEGURO:**

- **CB – Cobertura Básica Morte;**
- **IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente;**
- **DIT – Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença;**
- **AA - Auxílio Alimentação.**

**7.1** – Este Seguro prevê ainda a possibilidade de contratação das seguintes Cláusulas Suplementares.

- **IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuge – Morte;**
- **IFC – Inclusão Facultativa de Cônjuge – IPA.**

## **8 – GARANTIAS**

As indenizações previstas para as coberturas de Morte e Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente não se acumulam. Se depois de paga uma indenização de IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, verificarse a Morte do Segurado em consequência do mesmo acidente, da indenização por Morte deve ser deduzida a importância já paga para a Cobertura de IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

### **8.1 – CB – Cobertura Básica – Morte**

Garante ao(s) beneficiário(s) o pagamento do Capital Segurado individual contratado para essa cobertura, em caso de morte do Segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e do Contrato.**

## **8.2 – IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**

Garante o pagamento ao próprio Segurado, de uma indenização proporcional à perda ou redução funcional de um membro ou órgão, sofrida em consequência de acidente coberto, sendo o valor correspondente até 100% (cem por cento) do Capital da Cobertura Básica, conforme o grau estabelecido na Tabela para Cálculo da Indenização, constante no **final** deste documento, **exceto se decorrente de riscos excluídos, conforme disposto nas Condições Gerais do Seguro.**

**8.2.1** - A aposentadoria por invalidez concedida por instituições oficiais de previdência ou assemelhadas, não caracteriza, por si só, o estado de invalidez permanente previsto nesta cobertura.

**8.2.2** – Na falta de indicação de percentagem de redução e sendo informado apenas o grau dessa redução (MÁXIMO, MÉDIO, OU MÍNIMO), a indenização será calculada, respectivamente, na base da percentagem de 75% (setenta e cinco por cento), 50% (cinquenta por cento) e 25% (vinte e cinco por cento).

**8.2.3** – Em todos os casos de invalidez parcial não especificada na Tabela, a indenização será estabelecida com base na diminuição permanente da capacidade física do Segurado, independentemente da sua profissão.

**8.2.4** – Quando do mesmo acidente resultar invalidez de mais de um membro ou órgão, a indenização será calculada somandose as percentagens respectivas, sem que possa, todavia, exceder a 100% (cem por cento) do Capital Segurado contratado para a garantia IPA – Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

**8.2.5** – 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.

**8.2.6** – A perda de dentes e os danos estéticos não dão direito à indenização por Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.

**8.2.7** – A Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente deverá ser comprovada mediante apresentação à Seguradora de declaração médica idônea a essa finalidade. A Seguradora reserva-se no direito de submeter o Segurado a exame para comprovação de invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade, sob pena de não pagamento da indenização, caso o Segurado se recuse.

## **8.3 – DIT – Diárias por Incapacidade Temporária por Acidente e/ou Doença**

Garante no caso de Incapacidade Temporária, caracterizada pela impossibilidade contínua e ininterrupta, ainda que temporária, **por período superior a 15 dias**, de o Segurado exercer a sua profissão ou ocupação, **causada única e exclusivamente por acidente pessoal ou doença devidamente coberta**, a Seguradora pagará ao Segurado, para cada dia de afastamento, o valor da diária contratado, **até o limite máximo de 30 (trinta) diárias por evento, exceto de decorrentes de riscos excluídos e observado o período de carência bem como o disposto nas Condições Gerais e no Contrato.**

**8.3.1** – Caso o Segurado venha a falecer, seja por morte acidental, seja por morte natural, extingue-se, imediatamente a presente cobertura, não sendo devido qualquer pagamento referente as diárias por Incapacidade Temporária a partir da data do Óbito.

**8.3.2** – A franquia desta cobertura será de **15 (quinze) dias**.

**8.3.3 – As diárias por incapacidade serão devidas a partir do 16º dia**, inclusive da caracterização da incapacidade, comprovada por laudo médico, no qual deverá constar uma estimativa do tempo de afastamento, bem como cópia dos exames realizados para diagnóstico. A Seguradora reserva-se o direito de submeter o Segurado a exame para comprovação da invalidez e/ou avaliação do nível da incapacidade e tempo necessário de afastamento, sob pena de perda do direito à indenização, caso o Segurado a tanto se negue.

**8.3.4 – Caso o Segurado venha a se tornar total e permanentemente inválido seja por acidente, seja por doença, ficará automaticamente extinta a presente cobertura.**

#### **8.4 – AA – Auxílio Alimentação**

Garante aos beneficiários o pagamento do Capital Segurado Individual contratado para esta cobertura, em caso de morte do Segurado, seja natural, seja acidental, devidamente coberta, **exceto se decorrente de riscos excluídos, observadas as demais cláusulas das Condições Gerais e deste Contrato.**

### **9 – RISCOS EXCLUÍDOS**

**9.1 Estão expressamente excluídos de todas as Coberturas deste Seguro para os Segurados Principais e Dependentes, os eventos ocorridos em consequência:**

- a) do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- b) de atos ou operação de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação, ato terrorista e suas decorrências ou outras perturbações da ordem pública, exceto se decorrentes da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- c) de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- d) de doenças ou acidentes preexistentes à contratação do Seguro, não declaradas na Proposta de Contratação e de conhecimento do Segurado;
- e) da prática, por parte do Segurado, seu(s) beneficiário(s) ou seu representante legal de um ou de outro de atos ilícitos dolosos ou contrários à lei;
- f) suicídio e suas tentativas, ocorridos nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Contrato de Seguros, ou de sua recondução depois de suspenso;
- g) sinistro ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por atraso nos pagamentos de prêmios;
- h) epidemias, endemias e pandemias declaradas por órgão competente;
- i) Envenenamento em caráter coletivo ou qualquer distúrbio da natureza que atinja maciçamente uma região ou uma dada população onde o Segurado resida ou esteja de passagem.

**9.2 – Além dos riscos mencionados nos itens acima, estão expressamente excluídos da cobertura de IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, as doenças, quaisquer que sejam suas causas, ainda que desencadeadas ou agravadas por acidente coberto.**

**9.3 – Além dos riscos mencionados nos itens acima estão expressamente excluídos da cobertura de DIT – Diárias Temporárias por Incapacidade Total por Acidente e/ou Doença.**

- a) Hospitalizações para “check-up”, gravidez, parto, abortamento provocado e suas consequências;
- b) Tratamento para fertilização, esterilização e mudança de sexo;

- c) Cirurgias plásticas e estéticas com finalidade embelezadora;
- d) Tratamento para obesidade ou estética em suas várias modalidades, exceção feita aos casos de indicação estritamente curativa, com comprovação histo-anatomopatológica ou exames complementares;
- e) Procedimento não previsto no código brasileiro de ética médica e não reconhecidos pelo serviço nacional de medicina e farmácia;
- f) Os distúrbios ou doenças psiquiátricas e mentais, bem como quaisquer eventos deles decorrentes, inclusive psicanálise, sonoterapia, psicoterapia em suas diversas modalidades, terapia ocupacional, psicologia, avaliação e ou terapia;
- g) As lesões por esforço repetitivo (LER), tais como: tendinites, sinovites, tenossinovites, artrites, dormio facial, cervicobracalgia e todos os processos inflamatórios inespecíficos relacionados à DORT; h) As anomalias congênitas com manifestações em qualquer época;
- i) As doenças de características reconhecidamente progressivas tais como: fibromialgia, artrite reumatoide e osteoartrose;
- j) As lombalgias, lobociatalgias, ciáticas, síndrome pós-laminectomia, hérnia discais provenientes de acidentes.

## **10- CARÊNCIA**

**10.1** – Não haverá carência para a Cobertura Básica – Morte.

**10.2** – Para os contratos adquiridos até a data de 30/06/2012, será considerada carência de 60 (sessenta) dias contados à partir da data de início de vigência individual para a Cobertura de Diária de Incapacidade Total (DIT).

**10.2.1** – Para os contratos adquiridos a partir de 01/07/2012, será considerada carência de 90 (noventa) dias contados à partir da data de início de vigência individual para a Cobertura de Diária de Incapacidade Total (DIT).

**10.3** – Não há carência para eventos decorrente de Acidentes Pessoal.

**10.4** – O pagamento antecipado de prêmio não elimina a carência estabelecida para o Seguro.

**10.5** – Não haverá carência para os casos de transferência do Grupo Segurado de outra para esta SEGURADORA, exclusivamente para os Segurados que já participavam do Grupo.

## **11- ACEITAÇÃO E INCLUSÃO DE SEGURADOS**

**11.1** - A Inclusão de proponentes neste Seguro se dará através do preenchimento, assinatura e entrega à Seguradora, do formulário denominado Proposta de Contratação, juntamente com a Declaração de Saúde e Atividade Profissional, devidamente preenchida e assinada pelo proponente. A aceitação ficará sujeita a análise do risco.

**11.2** – A Proposta de Contratação deverá ser preenchida de próprio punho pelo Proponente.

**11.3** – A Seguradora terá um prazo de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da Proposta de Contratação, para aceitar ou recusar a inclusão do Proponente no Seguro. Caso a Seguradora não se pronuncie no prazo descrito, a proposta será considerada aceita.

**11.3.1** – Para análise da Proposta de Adesão, a Seguradora poderá exigir, por uma única vez, a apresentação de documentos complementares e/ou outras informações que julgar necessárias.

**11.3.2** – Caso a Seguradora exija elementos complementares para análise do risco, na forma do disposto no item 11.3.1, o prazo de 15 (quinze) dias previsto no item 11.3 ficará suspenso, voltando a correr a partir da data do recebimento pela Seguradora destas informações adicionais.

**11.4** – A não aceitação da Proposta de Adesão, por parte da Seguradora, será comunicada por escrito ao Proponente e implicará na devolução integral de qualquer pagamento de Prêmio eventualmente efetuado no prazo máximo de 10 (dez) dias corridos, contados da recusa, atualizados da data do pagamento pelo Segurado até a data da efetiva restituição, pelo índice estabelecido no item 14.1, conforme legislação vigente.

**11.5** – O Segurado está obrigado a comunicar à Seguradora, logo que saiba, qualquer fato suscetível de agravar o risco coberto, sob pena de perder o direito à cobertura, se ficar comprovado que silenciou de má-fé.

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

**11.5.2** – O cancelamento do Seguro só será eficaz 30 (trinta) dias após a notificação, devendo ser restituída a diferença do prêmio, calculada proporcionalmente ao período a decorrer, caso o prêmio tenha sido fracionado.

## **12– PAGAMENTO DO PRÊMIO**

**12.1** – Nos Seguros contributários, desde que tenham sido recebidos pelo Estipulante os prêmios individuais, ainda que este não tenha repassado para a Seguradora, a mesma ficará responsável pelo pagamento de indenizações que venham a ser devidas em razão de sinistros ocorridos até o cancelamento da Apólice Mestra, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal do Estipulante.

**12.2** – Quando a forma de cobrança do prêmio for a de desconto ou consignação em folha, o empregador, salvo nos casos de cancelamento da Apólice Mestra, somente poderá interromper o recolhimento em caso de perda de vínculo empregatício, cancelamento do Seguro Individual ou mediante pedido do Segurado Principal.

**12.3** – Para os prêmios pagos através de cobrança bancária, qualquer indenização passa a ser devida depois que o pagamento integral do prêmio houver sido feito, no máximo até a data limite prevista para esse fim constante do documento de cobrança. Caso a data limite para pagamento caia em dia em que não haja expediente bancário, o Seguro poderá ser pago no primeiro dia subsequente em que haja referido expediente.

**12.4** – Se o Segurado não tiver recebido o documento de cobrança até a data do vencimento, este deverá entrar em contato com o Estipulante e solicitar a emissão da 2ª via do boleto bancário.

**12.5** – Este Seguro está estruturado no regime financeiro de repartição simples, razão pela qual não haverá devolução ou resgate de prêmios ao Segurado, ao beneficiário ou ao Estipulante ou ao Sub Estipulante.

### **13– ATRASO NO PAGAMENTO DO PRÊMIO**

**13.1** – A falta de pagamento de qualquer parcela do prêmio mensal no prazo estabelecido em Contrato acarretará a suspensão imediata e automática de todas as coberturas, perdendo os Segurados ou seus beneficiários direito ao recebimento de qualquer capital ou indenização decorrente de sinistro ocorrido no período de suspensão.

**13.2** – Quando suspenso, o Seguro, poderá ser reabilitado, por uma única vez, antes de seu cancelamento, mediante o pagamento da parcela do prêmio mensal subsequente ao atraso, respondendo a Seguradora somente pelos sinistros ocorridos a partir da data da reabilitação.

### **14– ATUALIZAÇÃO DO CAPITAL SEGURADO E DOS PRÊMIOS**

**14.1** – O valor do Capital Segurado e dos prêmios será corrigido anualmente pelo IPCA – IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com base na última publicação oficial, verificada no mês de aniversário do Seguro, ou no menor espaço de tempo que a lei vier a permitir.

**14.2** – O índice e a periodicidade de correção poderão ser alterados por lei ou por determinação da SUSEP (Superintendência de Seguros Privados).

### **15– PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO**

**15.1** – Ocorrendo um sinistro que possa acarretar responsabilidade da Seguradora, este deverá ser imediatamente comunicado ao Estipulante Clube Alfa e Previdência, através do preenchimento e entrega do formulário denominado “Aviso de Sinistro”, juntamente a documentação necessária, de acordo com a cobertura pleiteada, ou via Call Center da Seguradora.

**15.2** – O pagamento de qualquer Capital Segurado ou de indenização decorrente do presente Seguro, quando devido, será efetuado em até 30 (trinta) dias, após a entrega de todos os documentos abaixo relacionados, sem prejuízo de outros que se façam necessários, dada a especificidade do caso concreto:

**15.3** – Documentos Básicos para Liquidação de Sinistros

**• Todas as Coberturas:**

- a) Aviso de Sinistro totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante e Beneficiários;
- b) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o 1º titular da conta.

**• Para a cobertura de Morte – Básica:**

#### **I – Cópia Simples**

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao prêmio de cobertura em que ocorreu o evento;



- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- c) Exame(s) de diagnóstico de doença que causou o Óbito, se houver.

## **II – Cópia Autenticada**

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de convívio marital informando o período de convivência;
- c) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito;

## **III – Documento Original**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados.

**Obs: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos complementares que comprovem a condição de beneficiário/herdeiro de acordo com cada situação.**

**• Para a cobertura de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente.**

## **I – Cópia Simples**

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- d) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico.

## **II – Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma; c) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo de teor alcóolico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML).

## **III) Documento Original**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

**• Para a cobertura de Diária de Incapacidade Temporária por Acidente e Doença**

## **I – Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- d) Exames médicos comprobatórios da lesão / doença.

## **II – Cópia Autenticada**

- a) Empregador com vínculo empregatício: carteira profissional com as páginas iniciais, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso;
- b) Para proprietários de estabelecimento: contrato social atualizado;

### **III – Documento Original**

- a) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período do afastamento.

### **Em caso de acidente:**

**Além dos documentos relacionados acima, encaminhar também:**

#### **I – Cópia Simples**

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;

#### **II – Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo do Exame de Corpo de Delito (IML).

**Importante: Quando os documentos e relatos apresentados gerarem dúvida fundada e justificável para definir a data do evento, solicitaremos ao Segurado uma declaração detalhada do acidente. Referida declaração deverá ser assinada por 02 testemunhas isentas. Não se aceitará como testemunhas pessoas do mesmo local de trabalho do Segurado/família.**

#### **• Para a cobertura de AA – Auxílio Alimentação**

#### **I – Cópia Simples**

- a) Comprovante do vínculo com o Estipulante;
- b) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- c) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência no mês do evento do Segurado e do beneficiário.

#### **II – Cópia Autenticada**

- a) Certidão de Óbito;
- b) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

#### **III – Documento Original**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnóstico, exames e tratamentos realizados.

**Obs: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos complementares que comprovem a condição de beneficiário/herdeiro de acordo com cada situação.**

## 16– CESSAÇÃO DA COBERTURA E CANCELAMENTO DO SEGURO:

Ocorrerá a cessação de cobertura e cancelamento do Seguro Individual:

- a) Com o desaparecimento do vínculo existente entre o Estipulante e o Segurado Principal;
- b) Com a morte ou Invalidez TOTAL e permanente por acidente do Segurado Principal;
- c) Por solicitação do Segurado Principal, mediante comunicação por escrito;
- d) Automaticamente se o Segurado, seus prepostos, seus dependentes ou seus beneficiários agirem com dolo, culpa grave, ou cometerem fraude no ato da contratação ou durante toda a vigência do contrato;
- e) Pela inobservância das obrigações convencionadas no Seguro, por parte do Segurado, seus beneficiários ou prepostos, inclusive quanto ao pagamento do prêmio;
- f) Com cancelamento ou final de vigência, sem renovação da Apólice Mestra;
- g) Automaticamente se houver inexatidão ou omissão nas declarações do Segurado e/ou estipulante no ato da contratação e/ou durante a vigência do contrato.

**16.1** Além das hipóteses já elencadas, o Segurado Dependente também perderá esta qualidade:

- a) Se for cancelada a respectiva cláusula suplementar de inclusão de cônjuge e/ou filhos;
- b) Se cessar a condição de dependente do Segurado Principal, por não mais preencher os requisitos que davam esta qualidade, ainda que esse fato não tenha sido comunicado à Seguradora;
- c) A pedido do Segurado Principal, por escrito;
- d) Com a inclusão do Dependente no Seguro na condição de Segurado Principal.

## 17– PERDA DE DIREITO À INDENIZAÇÃO

**17.1** – A Seguradora não pagará qualquer indenização com base no presente Seguro, caso haja por parte do Segurado, seus prepostos, dependentes ou beneficiários:

- a) Inexatidão ou omissão nas declarações prestadas no ato da contratação deste Seguro ou durante toda sua vigência, bem como por ocasião da regulação do sinistro;
- b) Inobservância das obrigações convencionadas neste Seguro;
- c) Fraude ou tentativa de fraude comprovada simulando sinistro ou agravando suas consequências;
- d) Dolo, fraude, simulação ou culpa grave para obter ou majorar a indenização;
- e) Inobservância do artigo 768 do Código Civil, que dispõe que o Segurado perderá o direito à cobertura do Seguro se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato;
- f) Não fornecimento da documentação solicitada.

**17.2** – Em qualquer das hipóteses acima não haverá restituição de prêmio, ficando a Seguradora isenta de quaisquer responsabilidades.

## 18- RESCISÃO E ALTERAÇÃO DO CONTRATO

**18.1** – O presente Seguro poderá ser rescindido durante a vigência da apólice, mediante acordo entre a Seguradora e o Estipulante, se houver expresso consentimento dos Segurados que representem  $\frac{3}{4}$  (três quartos) do Grupo Segurado. **Contudo, a apólice poderá deixar de ser renovada no seu aniversário por decisão do Estipulante e/ou da Seguradora.**

**18.2** - **Nenhuma alteração neste contrato que implique em ônus ou dever aos segurados ou a redução de seus direitos será válida se não for feita por escrito e com a concordância de no mínimo  $\frac{3}{4}$  (três quartos) dos componentes do Grupo Segurado.**

## SERVIÇOS

### I – SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL – TITULAR E CÔNJUGE (quando Segurado)

#### 1. Objetivo do Serviço

O Serviço de Assistência Funeral tem por objetivo propiciar aos beneficiários em caso de falecimento do Segurado Titular e se cônjuge, quando Segurado, todo auxílio e prestação de serviços relativos ao funeral, disponibilizando um representante oficial da Seguradora que tomará todas as providências necessárias para a realização do mesmo.

#### 2. Âmbito Territorial da Cobertura

A cobertura desta Assistência abrange a morte por qualquer causa do Segurado, conforme acima definido, em qualquer parte do mundo, sendo que os serviços de sepultamento ou cremação (onde existir este serviço) ficam restritos ao município de domicílio e moradia habitual da família do Segurado no território brasileiro.

#### 3. Limite de Despesas

**3.1** O conjunto dos Serviços e itens garantidos pelo Seguro estará limitado ao valor máximo de despesas equivalente ao valor da tabela vigente.

**3.2** No caso da não utilização dos Serviços será reembolsado, mediante a apresentação de notas fiscais originais, o valor máximo de acordo com a tabela vigente. Não haverá reembolso, caso os beneficiários tenham utilizado outro serviço de assistência funeral particular.

#### 4. Serviços Garantidos pela Assistência Funeral

Os Serviços a seguir especificados serão prestados exclusivamente mediante o acionamento da Central de Atendimento de Serviços Assistenciais pelos Familiares, Beneficiários ou o Representante do Estipulante, que solicitará através dos telefones: **Brasil – 0800 707 5050 e no Exterior 55 11 4689 5628** as seguintes informações:

- Nome do Segurado;
- CPF;
- Razão Social do Estipulante; e - CNPJ.

**Confirmados todos os dados do Segurado e estando o Seguro em vigor, serão prestados os serviços previstos neste plano.**

##### 4.1 Transporte ou Repatriamento do Segurado

No caso de falecimento do Segurado, o Serviço de Assistência Funeral tratará das formalidades para repatriamento do corpo, garantindo o pagamento das despesas de transporte até o local de inumação no Brasil, incluindo-se os gastos para o fornecimento de uma funerária para este transporte.

##### 4.2 Assistência ao Sepultamento ou Cremação do Segurado Falecido

O Serviço de Assistência Funeral garante, de acordo com o limite de despesas estabelecida no item 3, a prestação dos Serviços de sepultamento ou cremação (onde existir esse serviço) que englobem os seguintes itens:

- Urna;
- Carro para enterro (no município de moradia habitual do Segurado);
- Carreto / caixão (no município de moradia habitual do Segurado);

- Serviço Assistencial;
- Registro de óbito;
- Taxa de sepultamento ou cremação;
- Remoção do corpo (no município de moradia habitual);
- Paramentos;
- Aparelho de Ozona;
- Mesa de Condolências;
- Velas;
- Velório;
- Véu;
- Enfeite Floral e Coroas; - Locação de jazigo.

**Nota: Caso o Segurado não possua jazigo ou sepultura, a Tokio Marine Seguradora, garantirá a seu critério e de acordo com o plano contratado, cemitério e jazigo por um período de até 03 (três) anos, tempo necessário para exumação. Não sendo possível sepultamento por motivos alheios à vontade da Seguradora na cidade indicada pela família, este será feito na cidade mais próxima.**

## **5. Comunicação**

Quando ocorrer algum fato objeto de cobertura das prestações dos serviços de Assistência Funeral, o beneficiário, ou familiar do Segurado ou Representante do Estipulante solicitará pelo telefone a Assistência correspondente informando os dados específicos no item 4 – Serviços Garantidos pela Assistência Funeral, bem como o local onde se encontra o Segurado e o Serviço de que necessita.

**TABELA PARA CÁLCULO DA INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE**

Invalidez Permanente	TABELA PARA CÁLCULO INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE	% SOBRE IMPORTÂNCIA SEGURADA
TOTAL	Perda total da visão de ambos os olhos Perda total do uso de ambos os membros superiores Perda total do uso de ambos os membros inferiores Perda total do uso de ambas as mãos Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés Perda total do uso de ambos os pés Alienação mental e incurável	100 100 100 100 100 100 100 100
PARCIAL DIVERSAS	Perda total da visão de um olho Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista Surdez total incurável de ambos os ouvidos Surdez total incurável de um dos ouvidos Mudez incurável Fratura não consolidada do maxilar inferior Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	30 70 40 20 50 20 20 25
PARCIAL MEMBROS SUPERIORES	Perda total do uso de um dos membros superiores Perda total do uso de uma das mãos Fratura não consolidada de um dos úmeros Fratura não consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares Anquilose total de um dos ombros Anquilose total de um dos cotovelos Anquilose total de um dos punhos Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano Perda total do uso da falange distal do polegar Perda total do uso de um dos indicadores Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos médios Perda total do uso de um dos dedos anulares Perda total do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar: indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo.	70 60 50 30 25 25 20 25 09 15 12 09

<b>PARCIAL MEMBROS INFERIORES</b>	Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
	Perda total do uso de um dos pés	50
	Fratura não consolidada de um fêmur	50
	Fratura não consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não consolidada da rótula	20
	Fratura não consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
	Amputação do 1º (primeiro) dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	Perda total do uso de uma falange do 1º dedo, indenização equivalente $\frac{1}{2}$ , e dos demais dedos, equivalente a $\frac{1}{3}$ 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 indenização.		